جامعـــــة الخرطـــوم
كليـــــــــة الدراسات العليـا
كليــــــــــــة الآداب
قســـم علـــم النفـس

فاعلية برنامج العلاج السلوكي المعرفي في تحسين درجات القلق والإكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن (تحت الإستصفـــاء الدمـوي)

دراســة مقدمـة لنيـل درجـــة دكتـــــوراه الفلسفة في علـم النفس

إعداد الطالبة: ساميـــــة حجـــازي إدريـــــس
إشـراف: بروفيســور الزبيـــر بـشير طـــه
مـساعد مـشرف: دكتـور . كامـل ميرغنـــــي

ديسمبر ٢٠٠٧م

q

قال الله تعـــالى:

(فأما الزبد فيذهب جفاء وأما ما ينفع الناس فيمكث في الأرض كذلك يضــرب الله الأمثــال)

صدق الله العظيم

سورة الرعد الآية (١٧)

إهـــــــــداء

إلى من حملتني وهناً على وهن في أحداق الأمل، وأرضعتني الحب والحنان، وفطمتني على البذل والعطاء، ثم أوصتني بمساعدة من يحتاج إلي.

.... أمـــي .....

إلى من كانـــوا لي خـير سند في مسيرتي العلميـــة..

.... زوجـــــي وأبنائي....

إلى من كانوا لي نبراساً يضئ طريقي ..

إخوتـــي......

إلى من تعلمت منهم معنى أن أكون مفيدة لغيري ..

.... أســــــــاتذتي الأجلاء....

إلى من أشتد بهم عودي وقويت عزيمتي

... العـم أحمـد أيـوب والخالة أوس...

إلى الذين علموني معنى الصبر وأن الحياة أمل وعطاء

... مرضـــى الفـــشل الكلـــوي.....

إلى من تعلمت منهم معنى الأخوة الصادقة

.... زمـــــــــــــــــلائي وزميـــــلاتي...

أهديكم ثمرة جهدي،،،،،

الباحثـــــــــــــة

شكـــر وتقدير

الشكر لله سبحانه وتعالى الذي بفضله تم إكمال هذه الدراسة، وأسمى آيات الشكر والتقدير إلى أحد حداة العلم أستاذي الجليل بروفيسور/ الزبيـر بشير طه، وأنه على الرغم من مسئولياته الجمة قام بالإشراف على هذه الدراسة وأشكره لما قدمه لي من إرشادات ومتابعة بكل ترحاب... وكان لعونه وإرشاده بالغ الأثر في أن ترى هذه الدراسة النور.

كما أخص بالشكر والعرفان أستاذي الفاضل دكتور كامل ميرغني لما قدمه لي من مساعدات وتوجيه وكان السند الحقيقي لي لإكمال هذه الدراسة.. والشكر موصول للدكتور عبد الباقي دفع الله لما قام به من مجهودات عظيمة في إبراز نتائج هذه الدراسة. والشكر لقسم علم النفس (جامعة الخرطوم)، لرعايته لنا في مسيرتنا العلمية وللإدارة العامة للمركز القومي لأمراض وجراحة الكلى.

وكثير إمتناني لإدارة مركز أحمد قاسم لجراحة القلب وزراعة الكلى لما قدمته لي من عون معنوي ومادي لاتمام هذه الدراسة.

وتتوارى عبارات الشكر خجلى لمن سقط إسمه كتابة وبقى مخزوناً في عمق الذاكرة.... بكم كانت هذه الدراسة، وللجميع أقول جزاكم الله خيراً.

الباحثـــــــــــــــة

ملخص الدراســــة

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة فاعلية تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفـي على درجة التحسن من القلق والإكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المـزمن - تحـت الإستصفاء الدموي في مراكز علاج أمراض الكلى بولاية الخرطوم، ومعرفة العلاقـة بين درجة التحسن من القلق والإكتئاب وعمر المريض والمدة الزمنية لظهور مـرض الفشل الكلوي. وكذلك معرفة الفروق في درجة التحسن من القلق والإكتئاب التي تعزى للنوع، الوضع التعليمي والاجتماعي والوظيفي والرغبة والأمل في عملية زراعة الكلى.

استخدمت الباحثة المنهج التجريبي، وبلغ حجم عينـة الدراسـة (٦٠) مريـضاً مصابين بالفشل الكلوي المزمن والذين تم تشخيصهم مسبقاً بأنهم يعـانون مـن القلـق والإكتئاب، (٣١) ذكر، (٢٩) أنثى، تتراوح أعمارهم ما بـين (٢٠ - ٥٥) سـنة. تـم اختيارها عن طريق المعاينة العشوائية الطبقية.

وتمثلت أدوات الدراسة في الآتي:-

١) استمارة البيانات الأساسية.

٢) مقياس القلق والاكتئاب العيادي (هادس)، قبلي، بعدي.

٣) برنامج العلاج السلوكي المعرفي المقترح (من تصميم الباحثة).

استخدمت الباحثة الحزمة الإحـصائية للعلـوم الاجتماعيـة **(SPSS)** وتمثلـت المعالجات الإحصائية في الآتي:-

١) اختبار (ت) للفرق بين مرتبطين.

٢) معامل إرتباط بيرسون.

٣) معامل تحليل التباين الآحادي **(ANOVA).**

٤) إختبار مان ونتي.

وتوصلت الدراسة إلى أهم النتائج التالية:-

١) حقق تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي تحسناً جوهرياً في درجـة القلـق والإكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

٢) لا توجد علاقة دالة إحصائياً بين درجة التحسن من القلق والإكتئاب الناجم من تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الفشل الكلوي المزمن وعمر المريض.

٣) لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة التحسن من القلق والإكتئاب الناجم من تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى للنوع (ذكر، أنثى).

٤) لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة التحسن من القلق والإكتئاب الناجم عن تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى للحالة التعليمية.

٥) لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة التحسن من القلق والإكتئاب الناجم عن تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى للحالة الإجتماعية.

٦) لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة التحسن من القلق والإكتئاب الناجم عن تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى للوضع الوظيفي.

٧) توجد علاقة دالة إحصائياً بين درجة التحسن من القلق والإكتئاب الناجم عن تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الفشل الكلوي المزمن والمدة الزمنية لظهور المرض في بعد القلق، بينما لا توجد علاقة دالة إحصائياً في بعد الإكتئاب.

٨) لا توجد فروق دالة إحصائياً في درجة التحسن من القلق والإكتئاب الناجم عن تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الفشل الكلوي المزمن تبعاً للرغبة والأمل في عملية زراعة الكلى.

وإختتمت الباحثة الدراسة بعدد من التوصيات والمقترحات لدراسات وبحوث مستقبلية في نفس المجال.

ABSTRACT

This study tries to investigate the efficiency of applying a behavioral-cognitive program on anxiety and depression of chronic renal failure patinents (on Hemodyalysis) in Kideny Centers in Khartoum State. It also tries to investigate the correlation between anxiety and depression improvement with patients ages and starting time of renal failure.

The study also tries to research the statistical differences of anxiety and depresson improvement according to following variables: gender, education level, social status, job status, and desire and hope of renal – transplantion.

Experimental method applied in carring out this study. Stratified random sampling is applied in selecting (60) Chronic renal failure patients who are actually diagnsed with anxiety and depression (31) male, (29) female, thier ages varies between (20 – 55) years. Pre and post testing of anxiety and depression were measured by Hosppital anxeity and depression Scale (HADS). A program designed by the researcher (Behaviroal – cognitive therapy) was applied to all patients after the pre-testing of anxiety and depression.

Data manipulated by using statistical package for social sciences (SPSS) by applying:-

1) (T) test.
2) Pearson Correlation Coefficient .
3) One way analysis of variance (ANOVA).

4) Mann-Whitney test.

The most important results of the study can be summarized in the following points:-

1) Anxiety and depression are statistical improved after applying Behavioral-cognitive program on chronic renal failure patients.
2) There is no statistical signifcant correlation between the dgrre of improvement in anxiety and depression after applying behavioral-cognitive program on chronic renal failure patients according to age.
3) There is no statistical differnce in anxiiety and depression improvement after applying behaviroal –cognitive programe on chronic renal failure patients according to gender (Male, Female).
4) There is no statistical differnce in anxiiety and depression improvement after applying behaviroal –cognitive programe on chronic renal failure patients according to academic level.
5) There is no statistical differnce in anxiety and depression improvement after applying behaviroal –cognitive programe on chronic renal failure patients according to social status (married, not married, divorced).
6) There is no statistical differnce in anxiiety and depression improvement after applying behaviroal –cognitive programe on chronic renal failure patients according to job (employed, not employed)
7) There is a significant positive correlation coefficient between the degree of improvement in anxiety with the duration of

illness after applying behaviroal –cognitive program on chronic renal failure patients. Whereas, there is no statistical significant correlation with depresstion.

8) There is no statistical differnce in anxeity and depression improvement after applying behavioral-cognitive program on chronic renal failure patients according to desire and hope of renal trans-plantation.

Finally, recommendation and suggestion for further studies, and references were cited at the end of the study.

فهرس الموضوعـــــات

فهرس الجداول

فهرس الأشكـــــــال

فهرس المـــــــلاحق

q

قال الله تعــالى:

(فأما الزبد فيذهب جفاء وأما ما ينفع الناس فيمكث في الأرض كذلك يضــرب الله الأمثــال)

صدق الله العظيم

سورة الرعد الآية (١٧)

إهـــــــــداء

إلى من حملتني وهناً على وهن في أحداق الأمل، وأرضعتني الحب والحنان، وفطمتني على البذل والعطاء، ثم أوصتني بمساعدة من يحتاج إلي.

.... أمـــي .....

إلى من كانــــوا لي خــير سند في مسيرتي العلميـــة..

.... زوجــــــي وأبنائي....

إلى من كانوا لي نبراساً يضئ طريقي ..

إخوتـــي......

إلى من تعلمت منهم معنى أن أكون مفيدة لغيري ..

.... أســـــــــاتذتي الأجلاء....

إلى من أشتد بهم عودي وقويت عزيمتي

... العــم أحمــد أيــوب والخالة أوس...

إلى الذين علموني معنى الصبر وأن الحياة أمل وعطاء

... مرضـــى الفـــشل الكلـــوي.....

إلى من تعلمت منهم معنى الأخوة الصادقة

.... زمـــــــــــــــــــلائي وزميـــــلاتي...

أهديكم ثمرة جهدي،،،،،

البـاحثـــــــــــــــة

شكـــر وتقدير

الشكر لله سبحانه وتعالى الذي بفضله تم إكمال هذه الدراسة، وأسمى آيات الشكر والتقدير إلى أحد حداة العلم أستاذي الجليل بروفيسور/ الزبير بشير طه، وأنه على الرغم من مسئولياته الجمة قام بالإشراف على هذه الدراسة وأشكره لما قدمه لي من إرشادات ومتابعة بكل ترحاب... وكان لعونه وإرشاده بالغ الأثر في أن ترى هذه الدراسة النور.

كما أخص بالشكر والعرفان أستاذي الفاضل دكتور كامل ميرغني لما قدمه لي من مساعدات وتوجيه وكان السند الحقيقي لي لإكمال هذه الدراسة.. والشكر موصول للدكتور عبد الباقي دفع الله لما قام به من مجهودات عظيمة في إبراز نتائج هذه الدراسة. والشكر لقسم علم النفس (جامعة الخرطوم)، لرعايته لنا في مسيرتنا العلمية وللإدارة العامة للمركز القومي لأمراض وجراحة الكلى.

وكثير إمتناني لإدارة مركز أحمد قاسم لجراحة القلب وزراعة الكلى لما قدمته لي من عون معنوي ومادي لاتمام هذه الدراسة.

وتتوارى عبارات الشكر خجلى لمن سقط إسمه كتابة وبقى مخزوناً في عمق الذاكرة.... بكم كانت هذه الدراسة، وللجميع أقول جزاكم الله خيراً.

الباحثـــــــــــــــة

ملخص الدراســــة

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة فاعلية تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفـي على درجة التحسن من القلق والإكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المـزمن - تحـت الإستصفاء الدموي في مراكز علاج أمراض الكلى بولاية الخرطوم، ومعرفة العلاقـة بين درجة التحسن من القلق والإكتئاب وعمر المريض والمدة الزمنية لظهور مـرض الفشل الكلوي. وكذلك معرفة الفروق في درجة التحسن من القلق والإكتئاب التي تعزى للنوع، الوضع التعليمي والاجتماعي والوظيفي والرغبة والأمل في عملية زراعة الكلى.

استخدمت الباحثة المنهج التجريبي، وبلغ حجم عينـة الدراسـة (٦٠) مريـضاً مصابين بالفشل الكلوي المزمن والذين تم تشخيصهم مسبقاً بأنهم يعـانون مـن القلـق والإكتئاب، (٣١) ذكر، (٢٩) أنثى، تتراوح أعمارهم ما بـين (٢٠ - ٥٥) سـنة. تـم اختيارها عن طريق المعاينة العشوائية الطبقية.

وتمثلت أدوات الدراسة في الآتي:-

٤) استمارة البيانات الأساسية.

٥) مقياس القلق والاكتئاب العيادي (هادس)، قبلي، بعدي.

٦) برنامج العلاج السلوكي المعرفي المقترح (من تصميم الباحثة).

استخدمت الباحثة الحزمة الإحـصائية للعلـوم الاجتماعيـة **(SPSS)** وتمثلـت المعالجات الإحصائية في الآتي:-

٥) اختبار (ت) للفرق بين مرتبطين.

٦) معامل إرتباط بيرسون.

٧) معامل تحليل التباين الآحادي **(ANOVA).**

٨) إختبار مان ونتي.

وتوصلت الدراسة إلى أهم النتائج التالية:-

٩) حقق تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي تحسناً جوهرياً في درجـة القلـق والإكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

١٠) لا توجد علاقة دالة إحصائياً بين درجة التحسن من القلق والإكتئاب الناجم من تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الفشل الكلوي المزمن وعمر المريض.

١١) لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة التحسن من القلق والإكتئاب الناجم من تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى للنوع (ذكر، أنثى).

١٢) لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة التحسن من القلق والإكتئاب الناجم عن تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى للحالة التعليمية.

١٣) لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة التحسن من القلق والإكتئاب الناجم عن تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى للحالة الإجتماعية.

١٤) لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة التحسن من القلق والإكتئاب الناجم عن تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى للوضع الوظيفي.

١٥) توجد علاقة دالة إحصائياً بين درجة التحسن من القلق والإكتئاب الناجم عن تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الفشل الكلوي المزمن والمدة الزمنية لظهور المرض في بعد القلق، بينما لا توجد علاقة دالة إحصائياً في بعد الإكتئاب.

١٦) لا توجد فروق دالة إحصائياً في درجة التحسن من القلق والإكتئاب الناجم عن تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الفشل الكلوي المزمن تبعاً للرغبة والأمل في عملية زراعة الكلى.

وإختتمت الباحثة الدراسة بعدد من التوصيات والمقترحات لدراسات وبحوث مستقبلية في نفس المجال.

ABSTRACT

This study tries to investigate the efficiency of applying a behavioral-cognitive program on anxiety and depression of chronic renal failure patinents (on Hemodyalysis) in Kideny Centers in Khartoum State. It also tries to investigate the correlation between anxiety and depression improvement with patients ages and starting time of renal failure.

The study also tries to research the statistical differences of anxiety and depresson improvement according to following variables: gender, education level, social status, job status, and desire and hope of renal – transplantion.

Experimental method applied in carring out this study. Stratified random sampling is applied in selecting (60) Chronic renal failure patients who are actually diagnsed with anxiety and depression (31) male, (29) female, thier ages varies between (20 – 55) years. Pre and post testing of anxiety and depression were measured by Hosppital anxeity and depression Scale (HADS). A program designed by the researcher (Behaviroal – cognitive therapy) was applied to all patients after the pre-testing of anxiety and depression.

Data manipulated by using statistical package for social sciences (SPSS) by applying:-

5) (T) test.
6) Pearson Correlation Coefficient .
7) One way analysis of variance (ANOVA).

8) Mann-Whitney test.

The most important results of the study can be summarized in the following points:-

9) Anxiety and depression are statistical improved after applying Behavioral-cognitive program on chronic renal failure patients.
10) There is no statistical signifcant correlation between the dgrre of improvement in anxiety and depression after applying behavioral-cognitive program on chronic renal failure patients according to age.
11) There is no statistical differnce in anxiiety and depression improvement after applying behaviroal –cognitive programe on chronic renal failure patients according to gender (Male, Female).
12) There is no statistical differnce in anxiiety and depression improvement after applying behaviroal –cognitive programe on chronic renal failure patients according to academic level.
13) There is no statistical differnce in anxiety and depression improvement after applying behaviroal –cognitive programe on chronic renal failure patients according to social status (married, not married, divorced).
14) There is no statistical differnce in anxiiety and depression improvement after applying behaviroal –cognitive programe on chronic renal failure patients according to job (employed, not employed)
15) There is a significant positive correlation coefficient between the degree of improvement in anxiety with the duration of

illness after applying behaviroal –cognitive program on chronic renal failure patients. Whereas, there is no statistical significant correlation with depresstion.

16) There is no statistical differnce in anxeity and depression improvement after applying behavioral-cognitive program on chronic renal failure patients according to desire and hope of renal trans-plantation.

Finally, recommendation and suggestion for further studies, and references were cited at the end of the study.

فهرس الموضوعـــــات

فهرس الجداول

فهرس الأشكـــــال

فهرس المـــــــلاحق

الفصـــل الأول

المقدمـــــــــــة

الفصـــــل الأول

المقدمــــــة

تمهيد:-

فطن الأقدمون إلى وحدة الجسم والنفس في الإنسان، وإلى تأثيرهما في بعضهما البعض تأثيراً بالغاً، فالإصابة بالأمراض العضوية قد تؤدي إلى صعوبات فـي التـأقلم ينتج عنها ردود فعل نفسية وسلوكية عديدة، فعالم المرض عالم مترابط يتأثر فيه الفـرد بالمرض وبالظروف المادية المحيطة به كالحوجة إلى الدواء وتخفيف المعاناة والألم عن نفسه والسعي إلى الراحة.....إلخ.

وفي حالة إصابة الفرد بإحدى الأمراض المزمنة قد تتضاعف صعوبات التأقلم، ويصبح عدم التأقلم والقلق والإكتئاب أمراً شائع. مما يسبب إختلال صورة الفرد عـن جسمه، وقد تتعدى هذه الخبرة حدود فكرته عن جسمه إلى إختلال تقديره لذاته ككـائن إجتماعي عليه أن يتنازل عن كثير من أوجه نشاطه وفعاليته؛ مما يؤدي إلى عدم التأقلم والتوافق النفسي والاجتماعي.

ولا يختلف الأمر كثيراً بالنسبة لمرض الفشل الكلوي المـزمن، إذ أنـه يعتبـر إحدى الأمراض المزمنة، الذي أصبح واسع الإنتشار في المجتمع السوداني، وتوضـح إحصائية المركز القومي لأمراض الكلى، إن عدد المرضـى الـذين تلقـوا جلـسات للإستصفاء الدموي بشقيه (الدموي والبرتوني) بلغ (٢٨,٤٦٩) مريضاً في الفترة مـن (٢٠٠٠م – ٢٠٠٦م)، هذه الإحصائية لا تشمل عدد المرضى تحت العـلاج التحفظـي وكذلك الذين أجريت لهم عملية زراعة كلى. حيث أن المريض قد يعاني من إضطرابات التأقلم والقلق والإكتئاب وإضطرابات نفسية وعقلية أخرى. وهذا ما تشير إليـه بعـض الدراسات مثل دراسـة دايـو Dua (١٩٩٣م)، وماجـدة خمـيس (١٩٩٤م)، وريـم (٢٠٠١م).

وقد تؤثر هذه الإضطربات على حالة المريض الصحية بصفة عامـة، ونقـص جهاز المناعة لديه، مما ينعكس سلباً أو إيجاباً على الإستعدادية لتلقي العلاج (العقـاقير،

جلسات الإستصفاء الدموي)،...إلخ والمواظبه عليه والإلتزام بضوابط وبرنامج الحميـة الغذائية.

وتضيف الباحثة أن مريض الفشل الكلوي قد يصاب بصدمة عنيفة **(Shock)** منذ معرفته بمرضه، ويتملكه الإحساس بالعجز والذعر، والفزع، والإنكار اللاشعوري كآلية من آليات الدفاع النفسي، مما ينعكس على مصير حياته فيقع فريسة لإضطرابات التأقلم مع وجود القلق والإكتئاب الذين يسيطران على عقله وتفكيره معظم الوقـت فيحاصـر بالأفكار الآلية السالبة **(Negative outamatic thoughts)** التي تعكر صفو حياته.

وفي هذا الإطار يوجد العديد من المحاولات لمعرفة فاعليـة أسـاليب العـلاج السلوكي المعرفي، في تخفيف الإضطرابات النفسية والسلوكية لمرضى الفشل الكلـوي المزمن، حيث استخدم بعض الباحثين تقنيات العلاج السلوكي المعرفي لتحسين الجوانب النفسية لدى تلك الفئة مثل: دراسة شلاتر **Schlatter** (١٩٩٨م) ودراسة سـالي **Sally** (١٩٩٩م)، ودراسة شوراسيتورات (٢٠٠٠م)،

وبالرغم من ذلك – في حدود علم الباحثة – لا توجد دراسات سابقة إسـتخدمت برنامج العلاج السلوكي المعرفي في البيئة السودانية لمرضى الفشل الكلوي الزمن، مما دفع الباحثة لتصميم برنامج للعلاج السلوكي المعرفي لمعرفه أثره في تحسين درجـات القلق والإكتئاب لدى هذه الفئة.

والإستراتيجيات والتقنيات المستخدمة في هذا البرنامج هي عبارة عن جلـسات من العلاج السلوكي المعرفي، وواجبات منزلية تكسب المريض مهارات تـساعده فـي تفعيل إمكانياته وقدراته النفسية وبالتالي الجسدية لحل مشكلاته، وفي تغييـر وتعـديل أفكاره السالبة، مما يساعده على التعايش والتأقلم مع هذا الواقع الجديد وتحسين درجات القلق والإكتئاب المصاحبين، كي يتمتع بحياة خالية من الضغوط النفـسية يـنعم فيهـا بالإستقرار والتوافق النفسي والاجتماعي.

مشكلة الدراسة:-

أن القلق والإكتئاب وسط المصابين بالفشل الكلوي المـزمن ينتـشر بـدرجات متفاوته، وذلك من خلال ملاحظة الباحثة أثناء عملها وخبرتها الميدانية الممتدة في مجال الإرشاد والعلاج النفسي لمرضى الفشل الكلوي المزمن، وهذا مما أثار الباحثة للبحـث في هذا المجال.

إن مرض الفشل الكلوي المزمن له ردود فعل نفسية وإضطرابات نفسية وعقلية عديدة، وهذا ما أكدته الدراسات السابقة، حيث تؤدي ردود الفعل تلـك إلـى إضـعاف القدرة على التحكم في المرض، وتشويه البنية المعرفية للمريض، وقد يتفاقم تأثيرها إذا لم يتم تعليم المريض تقنيات وإستراتيجيات معينة لمواجهتها وتعديلها. خاصة إن معالجة هذه الإضطرابات بالأساليب الكيميائية بمفردها، قد لا يكون له تـأثيراً كبيـراً ، حيـث يحتاج الأمر إلى العلاج السلوكي المعرفي لتعديل البنية المعرفيـة وتحـسين درجـات الإضطرابات النفسية.

كما أن أغلب الدراسات الأجنبية السابقة في هذا المجال – في حدود علم الباحثة قد أجريت في بيئات مختلفة ثقافياً عن البيئة السودانية، وكذلك البحث في هذا المجال في الدراسات العربية بوجه عام والسودانية بوجه خاص يعتبر نادراً نسبياً.

كما أظهرت نتائج الدراسات السابقة تباين من حيث عدد التقنيات المـستخدمة، فبعضها إستخدمت أسلوباً علاجياً واحداً، مثل دراسة دايو **Dua** (تقليل الأفكار السالبة)، والبعض الآخر إستخدم أساليباً علاجية متعددة تشتمل على كل أنواع العلاج النفسي.

مما سبق يتضح ضرورة إجراء دراسة علمية لتلافي هذا القصور. ولذلك تسعى الباحثة في الدراسة الحالية للإجابة على السؤال الرئيسي التالي:-

ما مدى فاعلية البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي في تحسين درجتـي القلـق والإكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن - تحت الإستصفاء الدموي.

ويتفرع من هذا السؤال الأسئلة التالية:-

١) هل تطبيق البرنامج العلاجي المقترح يؤدي إلى تحسين درجة القلق والإكتئـاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

٢) هل هناك علاقة بين درجة التحسن في درجات القلق والإكتئـاب النـاجم عـن تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الفشل الكلـوي المـزمن وعمر المريض؟

٣) هل هناك فروق في درجة التحسن من القلق والإكتئاب الناجم عن تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الفشل الكلوي المزمن ونـوع المـريض (ذكر/ أنثى)؟

٤) هل هناك فروق في درجة التحسن من القلق والإكتئاب الناجم عن تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الفشل الكلوي المزمن والحالة التعليميـة (أمي، أساس، متوسط، ثانوي)؟

٥) هل هناك فروق في درجة التحسن من القلق والإكتئاب الناجم عن تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الفشل الكلوي المزمن والحالة الاجتماعية (متزوج، غير متزوج، مطلق)؟

٦) هل هناك فروق في درجة التحسن من القلق والإكتئاب الناجم عن تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الفشل الكلوي المزمن والوضع الوظيفي (عاملين، غير عاملين)؟

٧) هل هناك علاقة بين درجة التحسن من القلق والإكتئاب الناجم عن تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الفشل الكلوي المزمن والمـدة الزمنيـة لظهور المرض؟

٨) هل هناك فروق في درجة التحسن من القلق والإكتئاب الناجم عن تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الفشل الكلوي المزمن والرغبة والأمـل في عملية زراعة الكلى من عدمها؟

أهداف الدراسة:-

تهدف هذه الدراسة إلى الآتي:-

١) معرفة مدى فاعلية البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي المقترح فـي تحـسين درجة القلق والإكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن - تحت الإستـصفاء الدموي.

٢) تعليم مرضى الفشل الكلوي المزمن بعض التقنيات والإسـتراتيجيات لمواجهـة الإضطرابات النفسية مثل القلق والإكتئاب المترتبة بالإصابة بـالمرض، وذلـك بتعديل الأفكار الآلية السالبة الخاطئة واللامنطقية التي تصاحب المرضى طوال فترة مرضهم. بهدف خلق حياة أفضل وتحقيق درجة أعلى من التوافق النفـسي والاجتماعي.

٣) معرفة ما إذا كانت هنالك علاقة بين درجة التحسن من القلق والإكتئاب النـاجم عن تطبيق البرنامج العلاجي المقترح وعمر المريض.

٤) معرفة ما إذا كانت هنالك فروق في درجة التحسن من القلق والإكتئاب النـاجم عن تطبيق البرنامج العلاجي المقترح ونوع المريض (ذكـر، أنثـى، الحالـة التعليمية، الحالة الإجتماعية، الوضع الوظيفي).

٥) معرفة ما إذا كانت هنالك علاقة بين درجة التحسن من القلق والإكتئاب النـاجم عن تطبيق البرنامج العلاجي المقترح والفترة الزمنية للمرض.

٦) معرفة ما إذا كان هنالك فروق في درجة التحسن من القلق والإكتئاب الناجم من تطبيق البرنامج العلاجي المقترح والرغبة والأمل في عملية زراعة الكلى.

٧) توضيح وبيان الطرق والتقنيات والإستراتيجيات التي تساعد في تحسين درجات القلق والإكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن - تحت الإستصفاء الدموي.

أهمية الدراسة:-

١) الزيادة الكبيرة في الأونة الأخيرة في أعداد مرضى الفشل الكلـوي، وسـرعة إنتشاره في المجتمع السوداني.

٢) تمكن هذه الدراسة من فهم العلاقة الوثيقة بـين إضـطراب القلـق والإكتئـاب ومرض الفشل الكلوي المزمن.

٣) تقديم برنامج علاجي يمكن أن يساعد في تحسين درجات القلق والإكتئاب لـدى مرضى الفشل الكلوي المزمن، وخلق روح الأمل في أنفسهم.

٤) قد تسهم هذه الدراسة في زيادة تقنيات العلاج النفسي لمرضى الفـشل الكلـوي المزمن، وربما تصبح تقنية العلاج السلوكي المعرفـي مـن أكثـر التقنيـات والإستراتيجيات الملائمة والمفيدة لهذه الفئـة نـسبة لتقاربهـا مـع معتقـداتهم ومفاهيمهم.

٥) دراسة وتجريب وتطبيق بعض تقنيات العلاج السلوكي المعرفي الذي لم تستخدم من قبل مع هذه الفئة.

٦) قد تتضمن هذه الدراسة معلومات علمية مفيدة للقارئ العام عن الفشل الكلـوي وماهيته وكيفية التعامل مع مرضاه بصورة مبسطة ومفيدة.

٧) يمكن لهذه الدراسة أن تساعد في وضع الخطط والبرامج الإستشارية والعلاجية لمرضى الفشل الكلوي المزمن.

٨) قد تفتح هذه الدراسة آفاق جديدة للباحثين لدراسات أخرى في هـذا المجـال أو المجالات ذات الصلة التي تعتبر من المجالات الرائدة في السودان.

حدود الدراسة:-

فيما يلي توضيح حدود المجتمع الذي أجريت فيه الدراسة الميدانية:-

١) البعد الجغرافي: تقتصر هذه الدراسة فـي حـدودها الجغرافيـة علـى ولايـة الخرطوم، حيث تقع المراكز والمستشفيات المعنية بالدراسة.

٢) المؤسسات العلاجية: تقتصر هذه الدراسة على مرضى مستـشفيات ومراكـز علاج وغسيل الكلي الحكومية.

٣) النوع: تشمل كلا النوعين (ذكر/ أنثى).

٤) الفترة الزمنية: تم إجراء الدراسة الإستطلاعية في شهر نوفمبر للعـام ٢٠٠٦م، وتم إجراء الدراسة الميدانية النهائية خلال شهري يناير – يوليو ٢٠٠٧م.

٥) المرضى: لقد تم تطبيق البرنامج العلاجي على أفراد مجتمع الدراسة المتمثل في مرضى الفشل الكلوي المزمن - تحت الإستصفاء الدموي، والذين تم تشخيصهم مسبقاً بأنهم يعانون من القلق والإكتئاب (بـدون أعـراض ذهانيـة) بـدرجات متفاوتة، والتي تم تحديدها بمقياس القلق والإكتئاب العيادي (هادس) **(HADS)**.

فروض الدراسة:-

قامت هذه الدراسة على فرضيات من خـلال الملاحظـة المـستمرة للباحثـة ومتابعتها لمرضى الفشل الكلوي المزمن، بغرض الوقوف علـى الظـاهرة موضـوع الدراسة وعلى ضوء مشكلة الدراسة وأهدافها وأهميتها، وبالإهتداء بالدراسات الـسابقة وبما جاء في أدبيات علم النفس حول موضوع الدراسة.

حيث إنتهت الباحثة إلى صياغة الفروض التالية فـي محاولـة للإجابـة علـى تساؤلات الدراسة.

١) يؤدي تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي المقترح إلى تحسين درجة القلـق والإكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن، كما يقيسه مقياس القلق والإكتئاب العيادي (هادس) **(HADS)**.

٢) توجد علاقة دلالة إحصائياً بين درجة التحسن من القلق والإكتئاب النـاجم عـن تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الفشل الكلـوي المـزمن وعمر المريض.

٣) لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة التحسن من القلق والإكتئاب الناجم عن تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى لنوع المريض (ذكر، أنثى).

٤) توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة التحسن من القلق والإكتئاب النـاجم عن تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى للحالة التعليمية (أمي، أساس، متوسط، ثانوي).

٥) توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة التحسن من القلق والإكتئاب النـاجم عن تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزي للحالة الاجتماعية (متزوج، غير متزوج، مطلق).

٦) لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة التحسن من القلق والإكتئاب الناجم عن تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى للوضع الوظيفي (عاملين، وغير العاملين).

٧) توجد علاقة دالة إحصائياً بين درجة التحسن من القلق والإكتئاب النـاجم عـن تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الفشل الكلـوي المـزمن والمدة الزمنية لظهور المرض.

٨) توجد فروق دالة إحصائياً في درجة التحسن من القلق والإكتئـاب النـاجم مـن تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الفشل الكلوي المزمن تبعاً للرغبة والأمل في عملية زراعة الكلى.

مصطلحات الدراسة:-

يتم في هذا الجزء تعريف أهم المصطلحات الواردة في هذه الدراسة على النحو التالي: برنامج علاجي مقترح، العلاج السلوكي المعرفي، القلـق، الإكتئـاب، الفـشل الكلوي المزمن، الإستصفاء الدموي.

١. برنامج علاجي مقترح:-

يعرفه محمد السيد عبد الرحمن (٢٠٠٠م) بأنه: مجموعة الإجراءات المنظمـة التي تتضمن خدمة مخططة تهدف إلى تقديم المساعدة المتكاملة للفرد حتى يستطيع حل المشكلات التي يعاني منها ويقابلها في حياته أو التوافق معها.

والبرنامج المقترح في هذه الدراسة قامت الباحثة بإقتراحه وإعـداده وتـصميمه مهتدية في ذلك بالأسس النظرية للعلاج السلوكي المعرفي وتقنياته المختلفـة لتحـسين

درجات القلق والإكتئاب (الخالي من الأعراض الذهانية) لمرضى الفشل الكلوي المزمن الذي تتم معالجتهم بواسطة الإستصفاء الدموي في مراكز علاج وغسيل الكلى بولايـة الخرطوم.

٢. العلاج السلوكي المعرفي:-

أوضح الدهري ١٩٩٩م والكبيسي ١٩٩٩م، ومحمد السيد عبد الرحمن ٢٠٠٠م، بأنه إدخال العقل والمنطق في العلاج النفسي وتفـسير وتغييـر الأفكـار الخاطئـة أو اللامنطقية التي يتبناها المريض من خبراته السابقة وذلك بغرض تعديل سـلوكه، لـذا يعتمد العلاج على تغيير مفاهيم المريض وإعادة تشكيل مدركاته حتى يتيسر له التغييـر في سلوكه، كما يرى هذا الاتجاه أن الإضطراب النفسي يـشمل عـدة جوانـب مـن الشخصية متمثلة في السلوك الظاهري والإنفعالات والتغيرات الفـسيولوجية والتفكيـر والتفاعل الاجتماعي، وعلى هذا فالعلاج السلوكي المعرفي يتكون من مكـونين همـا: الجانب المعرفي والجانب السلوكي.

٣. القــلق:-

لغـة:-

عرفه أحمد بن محمد الفيومي، كما أورده عبد العظيم الشناوي (د/ت)، يعني به الإزعاج والإضطراب، بينما عرف محمد بن أبي بكر الرازي ١٩٧٩م، القلـق يعنـي الإنزعاج، وعرفه إبراهيم مصطفى وآخرون (١٩٨٩م)، القلق يعنـي بـه الإنزعـاج والإضطراب وعدم الإستقرار، أما تعريف أبن منظور جمال الـدين (٢٠٠٠م)، القلـق يعني به الإنزعاج وعدم الإستقرار.

إصطلاحاً:

عرفه زهران (١٩٩٧م)، عـلاء الـدين كفـافي (١٩٩٨م)، عـادل عبـد الله (١٩٩٩م)، جابر عبد الحميد (١٩٩٩م)، بأنه حالة توتر شامل ومستمر نتيجـة توقـع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، وتصاحبه أعراض نفسية وجسمية، وأنه خوف لا مبرر له ولا يتناسب مع المنبهات الخارجية المولدة له.

وأضاف محمد السيد عبد الرحمن (٢٠٠٠م)، أن القلق هو إضـطراب نفـسي عصابي مصحوب بأعراض مختلفة، كصعوبة إتخاذ القرار والأرق، وفقـدان الـشهية، وخفقان القلب وزيادة التنفس، وإرتفاع ضغط الدم، وزيادة إفـراز العـرق، وإرتعـاش الأيدي، كما قد يتأثر إدراك الفرد للموضوعات المحيطة بموقف القلق.

أما التعريف الإجرائي للقلق هو الدرجات التي يحرزها المفحوص في مقيـاس القلق والإكتئاب العيادي (هادس) **(Hospital Anxiety Depression Scale) (HADS)**.

٤. الإكتئاب:-

لغـة:-

ذكر الرازي كما جاء في محمود خاطر (١٩٧٩م)، والطبراني كما جـاء فـي أحمد عبد الحميد (١٩٨٥م)، أن الإكتئاب في اللغة العربية من مادة كئب وكآبة: تغيرت نفسه وإنكسرت من شدة الهم والحزن، فهو كئيب وكئب، وآكاب فلاناً، أحزنه، وإكتـأب وجه الأرض تغير وضرب في السواد.

إصطلاحاً:-

يغطي المصطلح مدى واسعاً من الظواهر تمتـد مـن الحـزن عبـر الأسـى والأعراض الإكتئابية إلى الأشكال العنيفة شديدة الوطأة. يعرفه محمد حمـدي حجـار ١٩٩٢م بأنه خبرة أعراضها الحزن والتشاؤم، وفقدان الإهتمام، واللامبـالاة والـشعور بالفشل، وعدم الرضا، والرغبة في إيذاء الذات، والتردد وعـدم البـت فـي الأمـور والإرهاق، وفقدان الشهية، ومشاعر الذنب وإحتقار الذات، وبطء الإستجابة وعدم القدرة على البذل والعطاء لنفسه وللآخرين.

وأضاف عادل عبد الله محمد ١٩٩٩م يعرفه بيك **Beck**، بأنه حالة تتضمن تغيراً محدداً في المزاج، والشعور بالحزن والوحدة، واللامبالاة، بالإضافة إلى مفهوم سـالب عن الذات مصحوب بتوبيخها وتحقيرها ولومها ورغبات في عقاب الذات، والميل فـي الإختفاء والهروب والرغبة في الموت.

أما التعريف الإجرائي للإكتئاب هي الدرجات التي يحرزهـا المفحـوص فـي مقياس القلق والإكتئاب العيادي (هادس) **(HADS) (Hospital Anxiety Depression Scale)**.

٥. الفشل الكلوي (القصور الكلوي):-

عرفه بدر الدين الحسين (١٩٩٢م)، أنه هو: عدم قـدرة الكليـة علـى القيـام بوظائفها بشكل سوي، الأمر الذي يشكل خطراً على الحياة إذا لم تتم معالجتهـا، وهـو يعتبر التطور الأخير لإلتهاب الحويضة والكلية المزمن، وإلتهاب الكبيبـات المرضـي، وأمراض سكري الكلى، والكلية المتعددة الكبيبات، وآفات الجهاز البـولي الإنـسدادية. ويتصف هذا المرض ببدء تدريجي بطئ قد يدوم شهوراً عديدة.

٦. الإستصفاء الدموي:-

جاء في شبكة المعلومات الدولية، (موقع إرشادات مرضى الفشل الكلوي صفحة ٣ ، ٤)، هو نوع من أنواع التنقية الدموية، الـذي تـستخدم فيـه الكليـة الـصناعية، وبواسطته يتم التخلص من مخلفات الدم، وتقوم بتمريره خارج الجسم عن طريق جهاز تنقية يسمى **(Dialyser)**، ويقوم من ثم بإرجاعه منقياً إلى الجسم. وتقوم عملية التنقيـة خلال مرور الدم عبر هذه الكلية الصناعية التي صنعت من أنسجة تسمح بمرور المواد السامة خارج الدم عبر النسيج إلى داخل الكلية الصناعية إلى محلول تنقية دموية يسمى **(Dialysate)** ومنه إلى خارج الماكينة، ويعود الدم النقي إلى الجسم وهكذا...إلخ.

٧. مراكز علاج وغسيل الكلى بولاية الخرطوم (الحكومية):-

١) مركز أحمد قاسم لعلاج وغسيل الكلى.

٢) مستشفى بن سيناء لعلاج وغسيل وزراعة الكلى.

٣) مستشفى الخرطوم لعلاج وغسيل الكلى.

٤) مستشفى أم درمان لعلاج وغسيل الكلى.

٥) مركز بحري لعلاج وغسيل الكلى.

الفصـــل الثــانــي

الإطار النظري والدراسات السابقة

الفصـل الثـــاني

المبحـث الأول

العـــلاج السـلوكي المعرفـي
Cognitive behavior Theropy

تمهيد:-

هدفت الباحثة في هذا المبحث إلى تعريف العلاج السلوكي المعرفي، وتوضـيح الأسس النظرية التي يقوم عليها أنواعه، وتقنياته المختلفة والمتعددة التي أجريت عليهـا هذه الدراسة.

لمحة تاريخيـــة:-

تزايد الاهتمام منذ السبعينيات بهذا المنحني العلاجي، ويبرز في هذا السبيل ثلاث نماذج علاجية لها الريادة في إرساء دعائم لكـل مـن بيـك **(Beck)** والـيس **(Ellis)** وميشوبوم **(Meichenboum)**، ويعد ذلك النموذج الذي قدمه أرون بيك **(A.Beck)** مـن أبرز النمازج العلاجية في هذا الإتجاه وأكثرها شيوعاً. ويعتبر منهجـاً فنيومونولوجيـاً ومعرفياً معاً، في الوقت الذي يركز فيه علي معارف ومعتقدات الفرد في الهنـا والآن **(here and now)**، كسبب في إضطراب الشخصية، فإنه يستعين أيضاً ببعض التقنيـات السلوكية لتعليم الفرد المهارات التي يجب أن تتغير بتغير معارفه ومدركاته عـن ذاتـه وعن العالم والمستقبل.

وأرسي ألبرت إليس **(A.Ellis)** إتجاهاً علاجياً آخر هو العلاج العقلاني الذي زيد له عام ١٩٦١م مصطلح (الإنفعال)، ثم زيد له عـام ١٩٩٣م مـصطلح (الـسلوكي)، ليصبح مسماه (العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي). ويرى مـن خلالـه أن سـلوكيات المرضى تنتج عن أفكار وإتجاهات لا منطقية، ويركز علـي التـشابك بـين التفكيـر والإنفعال والسلوك، ويري أن الإضطراب النفسي هـو نتيجـة للتفكيـر اللاعقلانـي واللامنطقي، ولذلك فإننا لكي نفهم سلوكاً معيناً يجب أن نفهم كيف يشعر الفرد ويفكـر ويدرك ويتصرف.

وصاغ إليس الأساس المعرفي للسلوك في معادلة بسيطه أطلق عليهـا **(ABC)**. ويري أنه حينما تتبع نتيجة مشحونة إنفعالياً **(C)** حدثاً منشطاً له دلالة **(A)**، فـإن ذلـك

الحدث قد يبدو أنه هو السبب في تلك النتيجه، ولكنه ليس كذلك فـي الحقيقـه، وإنمـا إعتقادات الفرد **(B)** هي التي تسبب تلك النتائج الإنفعالية **(C)**.

أضاف عبد الرحمن العيسوى (٢٠٠١م)، يعتبر العلاج السلوكي المعرفي مـن أنواع العلاج النفسي الحديث ، فقد إكتسب مصطلح العلاج السلوكي **(CBT-Cognitive Behaviour Therapy)** أهميته وأصبح معروفاً مع تـدفق الأبحـاث فـي الثمنينـات والدراسات التي نشرت في التسعينات.

على الرغم من ذلك نجد أن تسليط الضوء على أهمية العناصر المعرفيـة فـى المعالجة السلوكية، كان قديماً جداً، حيث ذكر مصطفى فهمـي (١٩٨٥م)، أن نظريـة البرت بندورا **(Bandura)** هى أقل تشدد من سكنر (Skiner)، لأنهـا تعكـس أهميـة النظرية المعرفية بجانب أنه سلوكية فهى معرفية لأنها تأخذ فى الأعتبار أهيمة جـدول التدعيم لعمليات تفكيرية مثل الأعتقاد والتوقعات.

ولقد أشار عادل عبد الله (١٩٩٩م)، إلى أهمية العمليات السلوكية والمعرفية فى التعلم الصحيح، وهو يفيد فى أن كل من المشاكل السلوكية والمعرفية والعاطفية متعلمة، ويمكن تغييرها بإعادة التعلم. وعملية التغيير هذه هي عملية العلاج نفـسها، أى أنهـا عملية تجريبية تعليمية يمكن للأشخاص أن يدرسوا أو يعلموا كيف يعيدون تعلمهم مـرة أخرى وبطريقة جديدة، ويحاولون أستخدام هذه الطرق الجديدة فـى تغييـر المعرفـة والسلوك وبالتالى الأنفعال.

وتوكد دراسة (هوليرى) المذكور فى فشراك وسومبيون (١٩٩٤م)، أهمية دمج التقنيات السلوكية المعرفية فى العلاج كما يلى:-

أثبتت بعض الدراسات أن الدمج بين الأساليب العلاجية السلوكية والمعرفية لهـا نفس التأثيرات الطريقة الكيميائية فى إزالة التقلصات المزمنة للصداع، كما أنها تـساعد المريض بطريقة فعالة بالتحكم فى الآلام المزمنة والحادة، وهذه الطرق تـشتمل علـى التقنيات الأجرائية **operant techniques** للأسترخاء التصاعدي، والتغذيـة، الراجعـة وبعض الأستراجيات المعرفية، مثل الإلهاء والتخيل، إعادة التفسير أو التوضيح. كمـا نجد كل التقنيات السلوكية والمعرفية الأن تمثل أعظم مساعدة للمريض.

أما الهدف الرئيسة للعلاج السلوكى المعرفى فهو مساعدة المريض، وحثه علـى إحداث التغيرات التى يرغب فيها فى حياته، لذا يعتمد العـلاج علـى أتاحـة فرصـة للمريض ليتعلم طرق جديدة للتأقلم. كما يعتبر حل المشكلة جزء مكملاً فى العلاج لـذا

يعمل المعالج مع المريض جنباً الى جنب لكى يتوصلوا الى معرفة الصعوبات، وبالتالى أيجاد الحلول.

تعريف العلاج السلوكي المعرفي:-

عرفه كلاً من عادل عبد الله (١٩٩٩م) ومحمد السيد عبد الـرحمن (٢٠٠٠م)، بأنه هو إحدى التيارات العلاجية الحديثة، وعبارة عن مجموعة من التقنيات العلاجيـة النفسية ذات المنشأ السلوكي المعرفي، ونجد ما تبناه بيك (Beck)، حول مسلك العلاج السلوكي المعرفي يكتسب أهمية خاصة.

الأسس النظرية للعلاج السلوكي المعرفي:-

ذكر محمد السيد عبد الرحمن (٢٠٠٠م)، أن العلاج السلوكي المعرفـي يعتبـر إتجاهاً علاجياً يعمل على الدمج بين العلاج المعرفي بتقنياته المتعددة، والعلاج السلوكي بما يضمه من فنيات، ويعمد إلى التعامل مع الإضطرابات المختلفة من منظور ثلاثـي الأبعاد، إذ يتعامل معها معرفياً وإنفعالياً وسلوكياً، بحيث يستخدم العديد من الفنيات سواء من المنظور المعرفي أو الإنفعالي أو السلوكي، كما يعتمد على إقامة علاقة جيدة بـين المعالج والمريض بحيث يتحمل المريض مسئوليته الشخصية عن كل ما يعتقد فيه، من أفكار غير منطقية وإعتقادات لا عقلانية مختلة وظيفياً، تعد هي المسئولة فـي المقـام الأول عن تلك الإضطرابات التي يعاني منها، وما يترتب عليها مـن ضـيق وكـرب، وبنفس المنطق يتحمل المريض أيضاً مسئولية شخصية في إحداث التغيير العلاجي من خلال تصحيح الأفكار غير المنطقية والإعتقادات اللاعقلانية وتعديلها وإستبدالها بأفكار وإعتقادات أخرى تتسم بالعقلانية.

أما وجة نظرية بيك **(Beck)** (١٩٩٣م)، فتطبيقية في صياغة نمـوذج معرفـي معين لكل إضطراب من تلك الإضطرابات التي تم تناولهـا حـديثاً وتعتمـد الفكـرة الجوهرية في مثل هذه التطبيقات على ما يلي:-

١) الإطار العام للنظرية المعرفية: بمعنى أن هناك تحيزاً في تجهيز المعلومات ينتج عنه سلوك مختل وظيفياً وتوتر مفرض أو كلاهما معاً.

٢) أن هنالك إعتقادات معينة تتجمع معاً في أبنية معرفية ثابتة نسبياً تؤدي إلى مثل هذه الصعوبات، ويقوم المعالجون بالبحث عـن الإعتقـادات المختلـة وظيفيـاً وإكتشافها وتقديم تفسير لها.

أضاف الزبير بشير طه (١٩٩٥م)، كما جاء في كتاب مصالح الأبدان والأنفس، تناول أبو زيد البلخي أساسيات الصحة النفسية مبيناً في بدايتها أن الصحة النفسية هـي في الأساس التوافق بين النفس وميولها الداخلية ومهامها الخارجية، ثم تعرض البلخـي إلى إربعة إنفعالات بإعتبارها منشأ للمشكلات النفسية وهي: الغضب، الخوف، الحـزن والوسواس. كما وضع أربعة تكنيكات لتسكين الخوف وهي:-

١) إستحضار اليقين بأن الخوف هو دائماً شعور مبالغ فيه وأن أكثر مـا تخافـه لا يضيرك، ولإستحضار هذا المعنى بكل وضوح في الوعي إستخدم البلخي مثـالاً قوي الدلالة وهو الخوف من الضباب، خاصة لمن لا عهد له به. فالذي يبـصر الضباب من بعيد يعتقد أنه جسم كثيف، ينعدم فيه التنفس والرؤية، ولكـن تلـك المخاوف تزول حينما يتوسط الإنسان الضباب. وكذلك المخاوف فهي وإن كانت أحوالاً مكروهة لكنها ليست بالضرورة كوارث نهائية.

٢) زيادة الوعي بأن الخوف لا يحل المشكلة بل يزيدها تعقيداً.. فإن التعامل الناجح مع الظروف المخيفة يحتاج إلى قدر من الحضور الذهني وبدونه يشعر الإنسان بالعجز أمام المشكلة التي تواجهه، فيزداد خوفه منها أكثر فأكثر، وهكذا يتغـذى الخوف على نفسه (إن إستشعار الإنسان الخوف الشديد... يحيره ويمنعـه مـن طلب حيلة لدفعه، فيجتهد في أن لا يمكن من نفسه شيئاً يكون هو سبب وقوعـه فيما يخاف ويحذره).

٣) الإستعانة على الخوف بإحياء مشاعر الغضب (ومنها أن يستظهر على نفسه في دفع آفة الخوف عنها بقوة الغضب فإنه لا سلاح للإنسان أبلغ في هذا البـاب... من الإستعانة بقوة الأنفة). وهذا بالطبع هو الأساس لما يسمى في الوقت الحالي بالعلاج عـن طريـق توكيـد الـذات **(Assertive training)** إن الممارسـين الإكلينيكيين المعاصرين ينجحون كثيراً في درء الخوف بالغضب وتعتمـد هـذه المدرسة على منطق محدد. إذ أن الظروف التي تولد الخوف تتضمن بالضرورة قدراً من الإحباط، والإحباط يولد الغضب. ففي كل موقف مخيف يتولد قدراً وإن كان ضئيلاً من الغضب، وحيث أن هنالك تنافر وتناسب عكسي بـين الخـوف والغضب فإن علماء النفس الإكلينيكي يشيرون على مرضاهم الـذين يـتملكهم الخوف في ظروف معينة بالإنتباه إلى عنصر الغضب في دواخلهـم والتركيـز على بلورته وإنمائه حتى يتسنى لهم أن يكفوا به خوفهم إلى الحد الذي يشعرون

معه بالإرتياح. وينظر إلى هذا التكنيك حالياً على انه إحد أشـكال الممارسـات التي تقوم على مبدأ الكف المتبادل **(Reciproacl inhibition)**، الذي تبلور فـي العقد السادس من هذا القرن على يد ولبي **(Wolpe)** (١٩٦٩).

٤) إستكثار العلم بماهية الأشياء المخيفة. فالخوف من أسبابه الأساسية الجهل (ذلك إنانرى الجاهل لماهية الشئ الذي يهول النظر أو السمع ونال من (مخافته) ما لا ينال العالم بعلة ذلك الشئ). وهنا يسوق البلخي أمثلة كثيرة قوية الدلالـة مـن تجارب الحياة المألوفة توضح إن المعرفة التي يكتسبها الإنسان مـن الإحتكـاك المستمر مع مصادر الخوف تجعله مطمئناً في تعامله معها.

ومن تلك الأمثلة الجنود الذين تهولهم مشاهد القتلى والجرحى في المعارك التـي يخوضونها في بداية تجاربهم القتالية (وإذا طالت ممارستهم للحروب قل إرتياعهم بعـد ذلك) وينطبق نفس المثال على الجراحين والملاحين في عمق البحار.

وهنالك أيضاً مثال الظاهرات الطبيعية كالكسوف والخسوف يخافها الجاهـل ولا يكترث لها العالم بأسبابها. ومن رعونات الخوف المألوفة الخوف من الرعد، فمن خاف حتى يسمع صوت الصاعقة فقد نجا منها، والرعد في حقيقة الأمر هو صفارة الأمان.

إن سوق الأمثلة قوية الدلالة على هذا النحو، لا شك يجعل تكنيكات البلخي فـي تسكين الخوف غنية وفعالة. واستخدام الأمثلة القوية في تدبير الأعراض النفـسية أمـر يعول عليه الكثير من الممارسين الإكلينيكيين في العصر الحديث، وعلـى أي حـال إن فعالية هذا الأسلوب المعرفي في علاج الخوف هي وظيفة بنوعية وعدديـة ووضـوح المعلومات الموضوعية عن مصدر الخوف، وقد أثبتت الدراسات إن تنـوير المرضـى عن أساليب العلاج أو الجراحة التي يحتاجونها تخفف كثيراً من خوفهم وقلقهم وتوترهم أثناء العلاج.

ولا تقتصر أهمية هذا التكنيك الرابع على كثرة الأمثلـة والأسـلوب المعرفـي البحت، بل تتسع عند البلخي حتى تشمل مكوناً سلوكياً يعرف حالياً باسم إزالة الحساسية **(Desensitization)**، وفي بلورته لهذا المكون السلوكي يستفيد البلخي أولاً من التجارب الحيوانية مثل: (نفور الخيل.. وكثير من الطير من الأشباح التي تنصب لها... وتـرى التجارب تعمل فيها فإنها إذا أدنيت إلى الشئ الذي تنفر منه مراراً ويعرض عليك حتى تعتاده وتألفه أذهب ذلك نفاره وآمن خيفتها حتى تدنو منه غير جافلة... ولا تكترثه. كما يوجد ذلك في طباع الإنسان ففيما وصفناه ما دل على إن أبلغ الحيل في تقليل عـرض

الخوف والفزع من الأشياء، إن ما هو إستكثاره من العلم والمعرفة بالأشياء، وما يهوله نظره، وسماع ما يكره سماعه، وحمل نفسه على مشقة ذلك مرات حتى يألفه ويعتاده).

وهكذا يتبلور في هذا التكنيك الرابع ما يعرف بأسلوب العلاج السلوكي المعرفي.

إن الأسلوب المعرفي يتضمن تمكين المصاب من بلورة عـادات فـي التفكيـر تساعده على التكيف مع واقع التجربة المرضية التي تعتريه، وقد وصف البلخـي هنـا تسعة من القواعد التفكيرية يستعين بها الشخص ويجعلها سلاحاً وعدة لـصرف الغـم والحزن) وهي على النحو التالي:-

١) النفس هي المحبوب الأعظم والحزن المفرط فوق أنه لا يجديها شيئاً فهو يرجع بالضرر عليها، فالذي يتلف نفسه بالحزن على فقدان (أهل، أو مال أو شئ ممـا يضر... يكون كمن يبيع ربحاً يفوته برأس ماله كله وذلك هو أعظم الخسران).

٢) النفس هي الأصل وإذا مر الإنسان بمصيبة أفقدته ما يحب ومن يحب، وعـاش بعد ذلك ليحزن على هذه الخسارة فاليذكر على الأقل أنه عاش، وأن نفـسه إذا سلمت له فكل ما سواها يهون.

٣) إذا فقد الإنسان الصبر على مصيبة فقد وقع في مصيبة أكبر منها (فـإذا الـدنيا مملؤة من الحوادث والنوائب)، فإذا يضيق بكل مصيبة (لم يـزل فـي رزايـا متتابعة تتضاعف عليه).

٤) إن إسلام النفس إلى الحزن والجزع في النوازل.. مـن فعـل.. أهـل الفـشل الضعاف.. وأن التصبر من مذاهب أهل الحزم والكمال... الذين يقيت (مواقفهم الصبورة مآثر.. بعدهم يثنى بها عليهم). فإيهم تريد ان يكون لك قدوة: الفاشلون أم الناجحون؟.

٥) الدنيا من طبيعتها لا تصفو دائماً لأحد ويستحيل أن يعيش فيها الإنـسان دون ان يفقد محبوباً، ويستحيل أن ينال منها كل ما يصبو إليه. وعلى ذلـك فـإن كـل يحصبه الإنسان فيها فهو فائدة وغنيمة (فاليرضى)، الإنسان بما ناله ولا يأسـى على ما فاته.

٦) ما أصاب الإنسان من مصيبة إلا وقد (أصابت خلقاً كثيراً سـواء مـن الـذين يتقدموه والذين هم معه في عصره). فالشر ليس مقسوماً للمصاب وحده، بل لـه شركاء في البلاء.

٧) ما من مصيبة تقع على الإنسان إلا وبإمكانه أن يتخيل إن أكبر منها يمكـن أن يصيبه، فاليحمد الله على كل حال (فإن الذي منى به قد قام مقام نعمـة يلزمـه الشكر عليها إذا وقي به ما هو أعظم).

٨) مهما كان الفقد في مصيبة ما، فإنه دائماً يتبقى للإنسان بعض النعم، فاليكثر من التفكير فيما بقي له عسى أن يسليه عن المفقود.

٩) المصيبة (أصعب أوقاتها وقت حدوثها)، فاليتذكر الإنسان في هذه الظروف أنـه مع شروق الشمس كل يوم سوف يخف الألم (والتفكير في إرتفاع المكروه يعقب سروراً عاجلاً).

وقد إعتمدت الباحثة كثيراً على هذه التكنيكات في تطبيق الجلـسات العلاجيـة وذلك لتبيئة مفاهيم العلاج السلوكي المعرفي مع المعتقدات الدينية السائدة.

الاتجاه السلوكي المعرفي في العلاج:-

أضاف محمد محروس (١٩٩٨م)، أن العلاج السلوكي المعرفي يعتمـد علـى الإقناع والمحاججة التعليمية بما يضمه من فنيات عديدة في تقديم منطق العلاج، وشرحه للمريض وإقناعه بضرورة الإلتزام به وقيامه بالدور المنوط به، وتوضيح العلاقة بـين الأفكار غير المنطقية والإعتقادات اللاعقلانية من ناحية، وبين ما يعاني مـن مـشاعر سالبة سواء تمثل ذلك في إضطرابات أو ما يترتب عليها من مشاعر سالبة تحـد مـن أدائه الوظيفي في مختلف المجالات، ويستند ذلك على إقامة علاقة علاجية تعاونيه بـين المعالج والمريض.

وأضاف بيك **Beck** وويشار **(Weishaar)** (١٩٨٩م)، أن هذا النمط العلاجـي يستند على نموذج التشغيل المعرفي للمعلومات (العمليات العقلية) الذي يرى أن خـلال فترات التوتر النفسي يصبح تفكير الفرد أكثر جموداً وأكثر تشويهاً، وتـصبح أحكامـه مطلقة ويسيطر عليها التعميم الزائد، كما تصبح المعتقدات الأساسية للفرد حـول نفـسه والعالم من حوله محددة بدرجة كبيرة. ويمثل العلاج السلوكي المعرفي في هذا الإطـار شكلاً من أشكال العلاج تتسم بالفاعلية والتنظيم، كما يتحدد أيضاً بوقت معين، وتتحـدد أهداف هذا النمط العلاجي في تعليم المريض إستراتيجيات لتعديل أفكـاره ومعتقداتـه المعرفية الخاطئة واللامنطقية والمختلة وظيفياً عن طريق إعادة البناء المعرفـي حتـى يتثنى له تعديل سلوكه.

طرق إعادة البناء المعرفي:-

جاء في **Fowler, D** (١٩٩٢م)، أنه ظهرت مجموعة من طرق العلاج في إطار العلاج السلوكي المعرفي التي تقوم على أساس البنية المعرفية، كما تقوم على إفتراض أن الإضطرابات الإنفعالية إنما تنتج عن التفكير غير التكيفي. وتكون مهمة المعالج هي إعادة بناء هذه الجوانب المعرفية المتصلة بعدم التكيف، ويمكن أن ندرج تحت هذه المجموعة طريقة أليس **(Ellis)** في العلاج العقلاني الإنفعالي، وطريقة بيك في العلاج المعرفي.

أ. طريقة أليس في العلاج العقلاني الإنفعالي:-

ذكر وليم مارك وآخرون **Williams, Mark G. et**. al، أن العلاج الإنفعالي ينتمي إلى النظرية التي طورها البرت أليس **(Ellis)** عام (١٩٦٢م)، (١٩٧١م)، (١٩٧٧م)، يفترض في هذه النظرية أن الإضطرابات النفسية إنما تنشأ من أنماط تفكير خاطئة أو غير منطقية، ويرى أليس أن البشر يشتركون في غايتين أساسيتين، أولهما المحافظة على الحياة، وثانيهما هي الإحساس بالسعادة النسبية والتحرر من الألم، وأن اللاعقلانية في التفكير تصبح حجر عثرة في سبيل تحقيقها، وبذلك فإن العقلانية يمكن تعريفها على أنها المنطق في تحقيق الأهداف الحالية والبعيدة.

أوضح عصام العقاد (٢٠٠١م)، يرى أليس أن التفكير اللاعقلاني ينشأ في مرحلة الطفولة الباكرة حيث يكون الطفل حساساً لمؤثرات البيئة الخارجية وأكثر قابلية للإيحاء. كذلك فإن الطفل في هذه المرحلة يعتمد على الآخرين وخاصة الوالدين في التخطيط والتفكير وإتخاذ القرارات فإذا كان بعض أفراد الأسرة لا عقلانيين يعتقدون في خرافات ويميلون إلى التعصب ويطالبون الطفل بأهداف وطموحات لا تصل إليها إمكاناته فسوف يصبح الطفل لا عقلانياً.

والقاعدة الأساسية في نظرية العلاج العقلاني الإنفعالي هي أن السلوك الإنفعالي للفرد ينتج عن حواره الداخلي، فيما يتولد داخلياً من أفكار في وجدان الفرد حول موضوع معين. حيث يفكر الفرد بكلمات وجمل ذاتية، وما يحويه الفرد لنفسه أثناء هذا الحوار الذاتي من مدركات وتصرفات هو الذي يشكل إنفعالاته الخاصة ويشكل سلوكه في الموقف.

كما يفترض أليس أن التفكير أهم أسباب الإنفعال ويهدف إلى تحديد أسباب السلوك المضطرب من أفكار ومعتقدات غير منطقية، ويعمل المعالج على مساعدة

المريض على التخلص منها عن طريق الإقناع وإعادة المريض إلى التفكير الـواقعي. فالعلاج العقلاني هو الأسلوب العلاجي الذي ينقل المريض من اللامنطق واللامعقـول والواقع المعقول.

أضاف عصام العقاد (مرجع سابق)، ركز أليس على الآتي:-

أ) أهمية التفكير والحكم والقرار والعمل، مـشيراً إلـى أن العـلاج العقلانـي الإنفعالي منحى تعليمي وتوجيهي فعال.

ب) أهمية الطريقة المنطقية الإستنتاجية كقانون للصحة العقلية. فتمسك الفرد بقوة على أن يفكر بطريقة منطقية فسوف تقيه هـذه الطريقـة مـن الإضـطراب الإنفعالي، وعلى النقيض فسوء التكيف ينتج من التفكير بطريقة غير منطقية.

ويقوم العلاج العقلاني الإنفعالي على عدد من المـسلمات المتعلقـة بطبيعـة الإنسان وطبيعة التعاسة والإضطرابات الإنفعالية:-

١) أن الإنسان حيوان عاقل متفرد في نوعه، وهو حين يفكر ويسلك بطريقة عقلانية يصبح ذا فاعلية ويشعر بالسعادة والكفاءة.

٢) الإضطراب الإنفعالي والسلوك العصابي يعتبران نتيجة للتفكير غير المنطقـي. والتفكير والإنفعال ليسا منفصلين. فالإنفعال يصاحب التفكيـر والإنفعـال فـي حقيقته تفكير منحاز ذاتي وغير عقلاني.

٣) يرجع التفكير غير العقلاني، في أصله ونشأته إلى التعلم المبكر غير المنطقـي، فالفرد لديه الإستعداد لذلك التعلم بيولوجياً كما أنه يكتسب ذلك من والديه وبصفة خاصة ومن الثقافة التي يعيش بينها.

٤) الإنسان حيوان ناطق، ويتم التفكير من خلال إستخدام الرموز اللغوية. ولما كان التفكير يصاحب الإنفعال والإضطراب الإنفعالي فيستمر الإضـطراب مـا دام التفكير غير العقلاني مستمراً.

٥) لا تؤدي الوقائع أو الظروف الخارجية إلى الإضطراب الإنفعالي بل الإتجاه نحو هذه الأحداث وكيفية إدراكها والتفكير بشأنها هما اللذان يحددان هذا الإضطراب.

٦) يمكن مهاجمة الأفكار والإنفعالات الـسلبية والمـدمرة للـذات بإعـادة تنظـيم المدركات والأفكار بحيث يصبح التفكير أكثر منطقياً وعقلانية.

وإذا كانت هذه المسلمات الأساسية التي يقوم عليها العلاج العقلاني الإنفعالي فتجدر بنا الإشارة إلى توضيح الأساس المعرفي للسلوك عند أليس من خلال هذه المعادلة المبسطة التي تشرح نظرية **(A.B.C).**

نظرية **A.B.C** لأليس:-

تمثل نظرية **A.B.C** مركز وجوهر العلاج العقلاني الإنفعالي. ويرى أليس **Ellis** في هذه النظرية أن نظام الفرد وتفسيره للأحداث والخبرات التي يمر بها هي المسئولة عن إضطرابه الإنفعالي، وليس الحوادث أو الخبرات ذاتها، أليس (١٩٧٣م)، ويقدم أليس نظريته هذه على النحو التالي:-

أ) حدث محرك نشط.

ب) نظام معتقدات لا عقلانية.

ج) نتيجة إنفعالية.

د) تفنيد ومناقشة (الأفكار اللاعقلانية).

هـ) الأثر (الصحة النفسية).

إذن وطبقاً لنموذج **A.B.C** لأليس للإنفعالات فالمشاعر لا تسببها الأحداث أو الأعمال حتى الأعمال السيئة، ولكنها تحدث نتيجة للأفكار التي لدينا عن تلك الأعمال، فيرى أليس أنه حين يحدث للفرد عواقب إنفعالية مضطربة مثل (غضب، عدوان، قلق، إكتئاب) .

فإن (أ) يعد حدثاً نشطاً أو خبرة محركة لها دلالة (جـ). فإن (أ)، قد يبدو أنها السبب في إحداث النتيجة الإنفعالية ولكن أليس يرى أن العاقبة الإنفعالية المضطربة ليست ناتجة مباشرة عن الحدث المحرك ولكن يخلقها إلى حد كبير نظام معتقدات الفرد غير العقلانية (ب)، وحين يقوم المعالج العقلاني بمناقشة ودحض تلك المعتقدات غير العقلانية (د)، فإن العواقب الإنفعالية المضطربة سوف تختفي ويتمتع الفرد بالصحة النفسية (هـ) الأثر.

تستنتج الباحثة مما سبق:

أن النتائج الإنفعالية السلوكية المترتبة على إحداث منشطة في حياتنا، إنما يحكمها نظام التفكير لدينا، وأن لدينا القدرة على ضبط وتعديل معتقداتنا، ومن ثم النتائج المترتبة. وسوف تقدم الباحثة نموذجين لتوضيح الأساس المعرفي للسلوك (سوي أو غير سوي).

النموذج السوي:-

- **A**: (إصابة بالفشل الكلاوي المزمن).
- **B**: (إن المؤمن مصاب، ولكل أجلٍ كتاب، أنني سوف أتعافى من هذا الداء إنشاء الله).
- **C**: رضاء، تفاؤل، سعادة.

النموذج غير السوي:-

- **A**: (إصابة بمرض الفشل الكلاوي المزمن).
- **B**: (هذا عقاب من الله سبحانه وتعالى ، أو أنني سوف أموت).
- **C**: إحباط، قلق، إكتئاب.

ويشتمل العلاج على الخطوات التالية:-

١) الإقناع اللفظي الذي يهدف إلى إقناع المريض بمنطق العلاج العقلاني.

٢) التعرف على الأفكار غير العقلانية لدى المريض من خلال مراقبته لذاته وتعريفه بردود أفعاله.

٣) حثه على التحدي المباشر للأفكار غير العقلانية مع إعادة التفسير العقلاني للأحداث.

٤) على المريض تكرار المقولات الذاتية العقلانية بحيث تحل محل التفسيرات غير العقلانية.

٥) يعطى المريض واجبات منزلية سلوكية محددة لتكوين إستجابات عقلانية بدلاً عن اللاعقلانية التي كانت سبباً في الإضطراب النفسي.

ب. طريقة بيك (Beck) في العلاج المعرفي:-

أوضح فان أوبن (١٩٨٧م) **Van Oppen**، أن النموذج الذي قدمه أرون بيك **Aron Beck** من أبرز النماذج العلاجية في هذا الإتجاه وأكثر شيوعاً، ويعتبر منهجاً فنيومونولوجياً ومعرفياً معاً، في الوقت الذي يركز فيه على معارف ومعتقدات الفرد في الهنا والآن **(here and now)** كسبب في الإضطراب النفسية، فإنه يستعين أيضاً بنفس التقنيات السلوكية لتعليم الفرد المهارات التي يجب أن تتغير بتغير معارفه ومدركاته، عن ذاته، وعن العالم والمستقبل. لقد طور بيك هذه الطريقة التي تدخل في إطار إعادة البناء المعرفي عام (١٩٦٣م)، والهدف النهائي لهذه الطريقة كما في سابقاتها هو تنمية أنماط التفكير العقلاني المتوافق.

ويشتمل العلاج على الخطوات التالية:

١) أن يصبح المريض واعياً بأفكاره.
٢) أن يتعلم كيف يتعرف على الأفكار غير المنطقية واللاعقلانية.
٣) إستبدال هذه الأفكار غير العقلانية بأفكار عقلانية.

يضيف كنيدال (١٩٩٩م) **Kendall, P**، تعتبر الأساليب المستخدمة في تحقيـق هذه الأهداف العلاجية ذات طبيعة سلوكية ومعرفية في نفـس الوقـت، ففـي الجانـب السلوكي تتضمن هذه الطريقة وضعاً لجدول واضح محـدد مـن الواجبـات والمهـام المتدرجة، والتي يسعى من خلالها المعالج إلى تزويد المريض بخبرات ناجحة، وكذلك تشتمل على واجبات منزلية يقوم بها، أما الجوانب المعرفية فقد تـشتمل علـى عمليـة التفرقة مثلاً: التفرقة بين (أنا، أظن)، وهي يمكن أن تقبل التشكيك وبين (أنا أعـرف)، وهي حقائق لا تحتمل الرفض.

وفي هذا الإطار أجريت بعض الدراسات بهدف توضيح أهمية العمليات السلوكية والمعرفية في التعلم الصحيح مثل دراسة روز **Rose** (١٩٨٠م)، وهو يعتبر أن كل من المشاكل السلوكية والمعرفية والعاطفية متعلمة ويمكن تغيرها بإعادة الـتعلم، وعمليـة التغيير هي عملية العلاج نفسه، أي أنها عملية تجريبية تعليمية يمكـن للأشـخاص أن يدربوا أو يعلموا كيف يعيدون تعلمهم مرة أخرى، وبطريقة جديدة ويحاولون إسـتخدام هذه الطرق الجديدة في تغيير المعرفة والإنفعال وبالتالي السلوك.

وتؤكد دراسة يونق وآخرين (١٩٩٠م)، **Young, Jftery** et.al، أهمية الـدمج بين الأساليب العلاجية السلوكية والمعرفية التي يمكن أن تحدث نفس تأثيرات الطريقـة الكيميائية في إزالة الآلام المزمنة والحادة للصداع، وهذه الطرق تشتمل على التقنيـات الإجرائية للإسترخاء التصاعدي والتغذية الراجعة، وبعض الإستراتيجيات المعرفية مثل: فن الإلهاء، إعادة التفسير، معرفة الأفكار الآلية السالبة وكيفية دحضها.

مما سبق ترى الباحثة أن الهدف الرئيسي للعلاج السلوكي المعرفي، هو مساعدة المريض وحثه على إحداث التغيرات التي يرغبها في حياته، لذا يعتمد العـلاج علـى إتاحة الفرصة للمريض ليتعلم طرق جديدة للتأقلم. كما يعتبر حل المشكلة جزء مكمـلاً في العلاج، لذا يعمل المعالج مع المريض جنباً إلى جنب لكي يتوصـلوا إلـى معرفـة الصعوبات وبالتالي إيجاد الحلول، حيث ترى الباحثة أيضاً أن تقنيات العلاج الـسلوكي المعرفي الآن تمثل أعظم مساعدة للمريض.

أنواع العلاج السلوكي المعرفي:-

أوضح ريتشارد كما جاء في أحمد عبد العزيز سلامة (١٩٨٨م)، يشتمل العلاج السلوكي المعرفي على نوعين هما:

١) العلاج السلوكي المعرفي التقليدي **C. Beh. t (CBT).**

٢) العلاج السلوكي والمعرفي الشامل **Comperehensive (CBT).**

١. العلاج السلوكي المعرفي التقليدي C. Beh. t (CBT):-

هو إعادة هيكلة عمليات التفكير عن طريق نزع الأفكار والمعتقدات غير المنطقية وإحلال أفكار ومعتقدات منطقية محلها، بالإضافة إلى تقنيات الإسترخاء وعملية نزع ومحو التفكير السلبي، وتحريكه في إتجاه تفكير منطقي تلقائي.

٢. العلاج السلوكي المعرفي الشامل Comperehensive (CBT):-

جاء في عادل عبد الله محمد (١٩٩٩م)، هذا النوع إقترحه وعرفه ديجيبو سيبس (١٩٩٥م) **Digiuseppes**، بأنه هو المناقضة المعرفية الشاملة، ويرى أنه يساعد المريض على مواجهة أفكاره ومعتقداته غير العقلانية من خلال خطوط منطقية وأمبيريقية، وبناء دلائل عقلانية وذلك بأساليب إقناعية تعليمية يتعامل من خلالها المريض مع الأفكار والإعتقادات غير العقلانية في سياقاتها المختلفة، ويناقش مجموعة الواجبات التي يجب عليه أن يمارسها.

ويضيف عادل عبد الله (مرجع سابق)، أن مواجهة الفكرة غير العقلانية سوف تؤدي بالضرورة بصورة آلية إلى تغييرات عقلانية وأفكار عقلانية أخرى.

ويضيف ديجيبو سيبس (مرجع سابق)، أن المناقضة المعرفية الشاملة تعد إضافة قوية للتقنيات التي يتسلح بها المعالج في مواجهته لمختلف الإضطرابات، وهي بمثابة توسع على النموذج الأصلي **(ABC)** عند أليس **(Ellis).**

تقنيات العلاج السلوكي المعرفي **Technigues of (CBT):-**

ذكر بتلر المذكور في هاوتن (١٩٩٨م)، أن تقنيات العلاج السلوكي المعرفي كثيرة ومتعددة، وهي تختلف من إضطراب لآخر، على الرغم من أن هناك تشابهاً في تقنيات معينة، وقد يحتاج المريض لأنواع متعددة. ولكن العلاج خلال هذا البرنامج ينفذ بترتيب زمني كما يجب التأكد أن كل إستراتيجية أو تقنية طبقت بطريقة كاملة ثم تنتقل للإستراتيجية التي تليها. فإن إختيار التقنية المناسبة ضروري في اختيار الصيغة الأكثر أهمية في تلك اللحظة، لأن العلاج السلوكي المعرفي ليس طقماً من الأساليب تنجح مع كل الإضطرابات، ولا يوجد ببساطة إثنان أو ثلاثة أو أربعة إستراتيجيات تنجح في مساعدة أي شخص في كل مشكلة من مشاكل الصحة النفسية، لذا يجب على المعالجين

المحترفين أن يكونوا قادرين على إستعمال إستراتيجيات محـددة منـه تتناسـب مـع الإضطراب المحدد.

أضاف ريتشارد (٢٠٠٠م)، أنه عندما يكون العلاج السلوكي المعرفـي غيـر مفهوم أو ليس في مكانه الصحيح، عندئذ لن يتلقى الأشخاص المصابين بالإضـطرابات المختلفة المساعدات المطلوبة.

تقنيات العلاج السلوكي المعرفي كثيرة متعددة نذكر منها الآتي:-

١) التعرض المتدرج.
٢) الإسترخاء.
٣) فن الإلهاء.
٤) التعرف على الأفكار الآلية السالبة وإيجاد الأفكار البديلة.
٥) لعب الدور وعكسه.
٦) النمزجة.
٧) التوتر التطبيقي
٨) التحصين المتدرج أو إزالة الحساسية.
٩) تأكيد الذات.
١٠) حل المشكلات.
١١) جدولة النشاطات.
١٢) ضبط الذات.

وتتعرض الباحثة بالشرح والتفصيل لأهم الأنواع المطبقة في هذه الدراسة.

١. تقنية الإسترخاء **Relaxation**:-

هو أحد الإستراتيجيات المعرفية، ويعرفه عبد اللطيف موسى عثمان (١٩٩٩م)، بأنه توقف كامل لكل الإنقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر، وبهذا المعنـى يختلف عن الهدوء الظاهري أو حتى النوم، وأنه ليس من النادر أن تجد شخصاً ما يرقد على أريكته أو سريره لساعات معدودة ولكنه لا يكف مع ذلك عن إبداء كافة العلامات الدالة على الإضطراب العضوي والحركي، مثل عدم الإسـتقرار الحركـي المـستمر والذهن المشحون بالأفكار والصراعات.

وفي هذا الإطار يضيف عبد الستار إبراهيم (١٩٩٤م)، أن الإسـترخاء عكـس التوتر العصبي، وهو يهدف إلى تقليل الإستثارة العصبية العضلية وتوفير الجهد الـذي

يتبدد بغير طائل، ولئن لا كان القليل من التوتر يشحذ الهمم ويهئ الشخص ذهنياً يلهب ذهنياً وبدنياً لمواجهة المواقف الصعبة، فإن التوتر الزائد يؤدي إلى الإرتباك وإخـتلاط الذهن وعدم القدرة على التركيز والإصابة بإضطرابات التوتر كالقلق والإكتئاب.

يضيف الزراد المذكور في صلاح الدين عراقي (١٩٩٩م) يعتبر الإسترخاء من أهم الإستجابات التي استخدمها العلماء كإستجابة مـضادة لمثيـرات القلـق والخـوف والإنفعال، وأنه يقوم على مبدأ فسيولوجي، وهو أنه بالإسترخاء التـدريجي للعـضلات تتلاشى شيئاً فشيئاً أثار النشاط الذهني، كما تتلاشى الإضطرابات الإنفعالية أو تضعف.

كما أوضح الراشد المذكور في إيهاب عبد الباقي (١٩٩٩م)، أنه عادة ما يكـون الإسترخاء لأعضاء الجسم الخارجية، وذلك من خلال تطبيق التمارين بطريقـة غيـر مباشرة، فيكون أيضاً الإسترخاء لأجزاء الجسم الداخلية بما في ذلك الجهاز العـصبي، وهذا يساعد على إفراز مادة النورادرنالين التي تساعد على الإسترخاء والتهدئة.

أنواع الإسترخاء:-

ذكرها بلانشارد **Blanchard** (١٩٩٠م) وهي:

١) الإسترخاء التصاعدي
٢) إسترخ فقط
٣) إسترخاء التحكم الرمزي
٤) الإسترخاء التقريضي
٥) الإسترخاء السريع
٦) التدريب التطبيقي
٧) برنامج المحافظة

ركزت الباحثة في هذه الدراسة على نوعين فقط من أنواع الإسـترخاء وذلـك للظروف الصحية الخاصة بعينة الدراسة، إذ أنهم مرضى مصابين بالفـشل الكلـوي، ويعانون من الضعف الجسدي العام، وضعف العظام، وأن أنواع الإسترخاء التـي تـم إختيارها تستغرق فترة زمنية قصيرة من (٥ - ٧) دقائق إلى (٥ - ١٠) دقائق، وقد لا تحتاج إلى مجهود عضلي عنيف ولا تعتمد على تـدريبات عقليـة معقـدة مـن (شـد وإرتخاء).

والأنواع التي أستخدمتها الباحثة في هذه الدراسة هي:-

١) إسترخ فقط.

٢) إسترخاء التحكم الرمزي.

١. إسترخ فقط (٥ – ١٠ دقائق):-

تهدف هذه التقنية إلى تقليل الزمن المستغرق في الإسترخاء بحذف الشد والتوتر العضلي من التمارين، وتبدأ الجلسة بالطلب من المريض أن يتنفس بهدوء وأن يسترخي عند ذلك بقدر الإمكان.

ثم يوجه المعالج المريض بإرخاء كل مجموعة عضلية، بداية من أعلى الرأس مروراً بكل أجزاء الجسم حتى أطراف أصابع القدمين.

التعليمات التي تعطي للمريض كالآتي:-

- تنفس بهدوء وإنتظام، وأشعر بجسدك مسترخياً أكثر... فأكثر مع كل نفس، فقط إسترخ.
- أرخ مقدمة الجبهة، الحاجبين والرموش والفكين واللسان والحلق وكل وجهك.
- أرخ رقبتك وكتفيك وأعلى الذراعين وكل الذراعين إلى نهاية أصابع اليدين.
- أستمر في التنفس بهدوء وإنتظام ببطنك، دع الإحساس بالإسترخاء ينتشر في بطنك ووسطك وظهرك.
- أرخ الجزء الأسفل من جسدك والفخذين والركبتين وبطن الساقين والقدمين إلى أطراف القدمين.
- تنفس بهدوء وإنتظام وتحسس كيف أنك تسترخي أكثر فأكثر مع كل نفس.
- خذ نفساً عميقاً وأمسكه لمدة ثانيتين، ثم أترك الهواء يخرج ببطء وهدوء، ثم راقب كيف أنك تسترخي أكثر فأكثر.
- إذا ظهرت بعض الصعوبات في إرخاء عضلات معينة، يطلب من المريض أن يشد هذه العضلات ثم يرخيها مرة أخرى.
- الواجب المنزلي يشمل ممارسة الإسترخاء (إسترخي فقط) مرتين في اليوم والإحتفاظ بتسجيل الزمن الذي إستغرقه، ودرجة الإسترخاء التي تحصل عليها (٠ - ١٠٠) درجة.

٢. إسترخاء التحكم الرمزي (٥ - ٧) دقائق:-

أوضح بلانشارد وآخرون (مرجع سابق)، في هذه الطريقة يتناقص الوقت المستغرق للإسترخاء، وذلك بالتركيز على التنفس وإقامة نوع من الإشتراط والربط بين التوجيه الذاتي (إسترخ) وزيادة الإحساس بالإسترخاء، وذلك طبقاً للتعليمات التالية:-

- قبل الشهيق (خذ نفساً - أرخ) تكرر خمس مرات، ثم يطلب من المريض أن يستمر في نفس الطريقة في صمت.
- بعد دقيقة يكرر المعالج مرة أخرى (خذ نفس - أرخ)، عدة مرات ثم يستمر المريض بمفرده لدقائق أخرى.
- عادة يمارس إسترخاء التحكم الرمزي مرتين في الجلسة.
- في هذه المرحلة من التدريب، وجد أن المريض يفهم تقديراته في الزمن الذي يستغرقه ليسترخي، لذا من المفيد أن يعطي المعالج تقديراته للزمن المستغرق في الإسترخاء، ويبين للمريض التحسن الذي يظهر في ممارسته.
- الواجب المنزلي يتضمن ممارسة التدريبات مرتين في اليوم مع تسجيل الزمن الذي يستغرق ليسترخي ومقدار الإسترخاء المتحصل عليه في كل مره.

٢. تقنية أسلوب حل المشكلات:-

ذكر لابيرج وآخرون (١٩٩٩م)، **Laberge. et. al**، أن أسلوب حل المشكلات منهج يعتمد في تناوله للسلوك على مسلمة رئيسة، مفادها أن الإنسان يتعلم من خلال تفاعلاته وخبراته بالعالم، وتفاعلات العالم والآخرين به، وإستجاباتهم له، كما يتعلم شتى جوانب السلوك بما فيها أمراضه وطريقته الشاذة في إستجاباته للبيئة.

وتضيف الباحثة أن حل المشكلة الذي سنتعرض له، يتجه نحو تقديم توجيهات عامة عن كيفية مساعدة الفرد لإحتواء مشكلاته الشخصية التي تواجهه من خلال تفاعله الإجتماعي، يتطلب هذا الأسلوب توجيه المريض بطريقة بناءة، وتعليمه إستراتيجيات فعالة تمكنه من إحتواء مشكلته الحالية، وإمكانية التغلب على مشاكله في المستقبل.

أهداف أسلوب حل المشكلة:-

١) مساعدة المريض على التعرف على المشاكل التي تسببت في الشعور بالأزمة.
٢) مساعدة المريض على تنمية القدرات التي يمتلكها للتغلب على المشكلة.
٣) يتعلم المريض طريقة منظمة وأسلوب منظم للتغلب على المشكلة الحالية.
٤) تنمية إحساس المريض بقدرته على التغلب على مشكلته.
٥) تزويده بطرق تساعده في التغلب على مشاكله المستقبلية.

مدى فعالية تطبيق أسلوب حل المشكلة:-

تتضمن هذه التقنية مسلمات هي كالآتي:-

١) التهديد بالخسارة (الفقدان) شئ مهم وأساسي في الحياة (مثلاً أن يكون الشخص مهدداً بخسارة وضعه الاجتماعي أو المالي أو الصحي...إلخ).

٢) إذا وقعت بالفعل الخسارة لشئ مهم.

٣) المواقف الصعبة التي تتطلب من الفرد ضرورة إتخاذ قرار مصيري في حياته (مثلاً أن يستمر الشخص في وظيفته أو يتخلى عنها).

٤) المشاكل الزوجية ومشاكل العلاقات الاجتماعية الأخرى.

٥) مشاكل العمل.

٦) المشاكل الدراسية.

٧) المشاكل المالية.

٨) التغلب على العجز والسأم.

٩) التعايش والتأقلم مع الإعاقة الجسدية أو المرض العضوي المزمن أو النفسي.

السمات العامة للمستفيدين من أسلوب حل المشكلة:-

أوضح (سكول) وآخرين (١٩٨٩م)، **Sokol, et. Al**، أنه من الممكن تصنيف الأشخاص المستفيدين من أسلوب حل المشكلة إلى الآتي:-

١) أفراد كانوا يستطيعون التغلب على المشكلات عادة، ولكنهم في الوقت الحالي لم يستطيعوا التغلب على المشكلات المعنية التي تواجههم، إما بسبب الإصابة بمرض عضوي أو جسدي أو نفسي، وخاصة الإصابة بإحدى الأمراض المزمنة أو بسبب طبيعة المشكلة الحالية نفسها.

٢) أفراد ليس لديهم أي مؤهلات تمكنهم من التغلب على المشكلات، وهؤلاء عادة يأخذون وقتاً أطول في هذا الأسلوب من أفراد المجموعة السابقة.

٣) أفراد مصدر المشاكل بالنسبة لهم وجود أحد أفراد العائلة مصاب بإحدى الأمراض العضوية المزمنة أو النفسية، وقد يحتاجون إلى تعلم أسلوب حل المشكلات التي يسببها لهم هذا المريض.

أهم خطوات أسلوب حل المشكلات:-

الخطوة الأولى:-

التعرف على مشاكل المريض وتحديدها، ويجب أن تكون تعاونيه بين المعـالج والمريض، والهدف منها هو إستخلاص قائمة مكتوبة بالمشكلات التي يواجهها المريض مع تحديد كل مشكلة بوضوح ودقة.

وأهمية هذه الخطوات تكمن في أن نجد أن كثير من الأشخاص قد يكونوا غيـر مدركين أن حالتهم هذه راجعة للأعراض التي يعانون منها أو لها علاقة بمشاكل الحياة مثل مرض القلق والإكتئاب. والبعض يدركون بأن حالتهم هذه ناجمة عـن مـشاكل أو متاعب، ولكنهم غير قادرين على وصف هذه المشاكل أو المتاعب بدقة وتحديد طبيعتها بوضوح.

الخطوة الثانية:-

يجب معرفة مؤهلات المريض واستخدام مهاراته، إذ أن أسلوب حل المـشكلة يحاول بقدر الإمكان إستخدام مهارات المريض، والتي تضم خبراته الشخصية ومقدرته على التغلب على المشاكل بصورة خاصة، وأن هذه المقدرات والمميـزات يمكـن أن تكون صعبة التحديد في أوقات الشدة، كما أن على المعالج أن يكتشف قدرات المريض التي قد تتغلب على المشاكل الراهنة وبصورة سريعة، حيث أن هنالك عدة عوامل مهمة وفعالة تمكننا من تحديد المقدرات والمميزات الشخصية للمريض، مثال: كيـف تغلـب المريض على مشاكله في الماضي، وخاصة كل ما هو مطابق للصعوبات الحالية، كمـا يجب على المعالج أن يحدد مع المريض النجاح والفشل السابق في التجارب والخبرات المشابهة، وتحديد درجة الهروب وأساليب التجنب التي استخدمها للتغلب على المـشكلة في الماضي، ومعرفة إمكانياته الراهنة في التغلب على الياس والقلق والمخاوف...إلخ.

الخطوة الثالثة:-

يجب الحصول على معلومات من مصادر أخـرى، إذا كـان هنـاك أقربـاء، أصدقاء، يمكنهم أن يمدوا المعالج بمعلومات إضافية عن مـشكلات المـريض ومـن الضروري الحصول على موافقة المريض في هذا الأمر.

الخطوة الرابعة: (قابلية حل المشكلة):-

يجب تحديد مشاكل المريض (مالية، اجتماعية...إلخ)، إن النقطة الأهم والمعقدة في الأسلوب الفعال لحل المشكلة، هو التعريف الأول الواضح للمشاكل، لأنها قد تكـون

متداخلة ومع ذلك فإن مشاكل المريض قد لا تحل في بادئ الأمر، وقد يكـون التقيـيم المطول والمساعدة المقدمة من المعالج ضرورية حتى تتضح طبيعة المشكلات المحددة، حيث يجب أن ينتبه المعالج أن المشاكل التي عرفت في البداية غالبـاً مـا تحتـاج لأن تعرف مرة ثانية أو تقسم إلى أقسام صغيرة.

٣. تقنية فن الإلهـاء:-

أوضح عادل عبد الله (١٩٩٩م)، فن الإلهاء يعني تشتت الأفكار الآلية الـسالبة التي هي سبب أساس في ظهور الإضطراب، وهـو يـستخدم مباشـرة للـتحكم فـي الأعراض، وتستخدم إستراتيجية الإلهاء في علاج القلق والمخـاوف والإكتئـاب، لأن المريض يكون شديد الإهتمام بأعراضه وتوتره وضعفه، ويؤدي هذا إلى زيادة سـوءها بإستمرار وتجعله في دائرة مفرغة.

ويضيف بتلر **(Buttler)** المذكور في هاوتن (١٩٩٨م)، أن فن الإلهـاء يعتبـر خطة علاجية مفيدة وقصيرة الأجل، ولكنها غير مجدية في العلاج طويل الأجـل، وأن هنالك العديد من تقنيات التشتت الذهني ومعظمها يتـضمن التركيـز علـى العوامـل الخارجية، لذا يجب أن يشجع المريض على التفكير في وسيلة خاصة للتشتت. وتعتبـر إستراتيجية الإلهاء واحدة من الإستراتيجيات المعرفية المهمة.

كما قام ميلاني (١٩٩٨م)، **(Melanie)** بشرح تقنية فن الإلهاء بالطرق والوسائل التالية:-

١. التركيز على الهدف: يعلم المريض الإنتباه لهدف معين يضعه لنفسه بتفاصـيل أكثر ما يمكن مثل ما هو؟ أين هو؟ مما صنع؟ ما لونه؟ كم حجمه؟ كم طولـه؟ إلخ...
٢. وعي الإحساسيس: يعلم المريض التركيز على محيطه ككل ويستخدم حواسـه مثلاً: ماذا يسمع داخل الغرفة؟ أو خارجها؟، أو خارج المبنى؟ ماذا يتذوق؟.
٣. تدريبات ذهنية: وهذه تضم العدد التنازلي من (٠ إلى ١٠٠) ينقص المـريض ١٠ في كل مرة، وتضم أيضاً التفكير في الحيوانات بادئاً بـالحروف الأبجديـة بالترتيب.
٤. الذكريات والخيالات السارة: وهذه الطريقة تقوي وتحي الذكريات الممتعة فـي الماضي مثلاً: (إجازة ممتعة) أو الخيالات مثلاً: (ماذا تفعل لو كسبت رهان؟). وفي هذا الصدد يقول كـل مـن كـلارك وتـسدل **(Clark and Teasdale)**

(١٩٨٢م)، أن من سلبيات هذه الطريقة أن تقييم المريض لهذه الذكريات السارة يكون صعب جداً، كما أن المعارف السلبية تطغي علـى المعـارف الإيجابيـة وتسحقها.

٥. النشاطات الإمتصاصية:

أ) النشاطات التي توظف العقل والجسم، خلط النشاطات التي لا تتطلب التفكيـر مع نشاطات أخرى.

ب) حساب الأفكار وهي توقع مدى المسافة بين الشخص والأفكار السالبة، كمـا يضيف بيرنس (١٩٨٠م) **(Burns)**، تستخدم هذه الطريقة لملاحظة حـدوث الأفكار الآلية السالبة، وتحديدها ووصفها حتى لا يؤثر تركها على المزاج.

٤. تقنية التعرف على الأفكار الآلية السالبة وإيجاد الأفكار البديلة:-

يوضح كلارك المذكور في هاوتن وآخرين (١٩٩٨م)، أن أصـحاب الإتجـاه المعرفي يعتبرون أن القلق والتوتر النفسي يعود للطريقة التي يصنف بها الذهن البشري إحداث الحياة، وهي ما أطلق عليها العلماء التقييم المعرفـي، أي كيفيـة النظـر إلـى الأحداث الحياتية وطريقة تأويلها. وقد إعتمد هؤلاء المعالجين وسائل علاجية تقوم على ظائف التعليم المعرفي السلوكي التي تهدف إلى مساعدة المرضى على الآتي:-

١) التعرف على الأفكار الآلية السالبة، وما تتضمنه من تحريفات إدراكية، والتـي تتضمن تصورات الفرد عن العالم، وعن موقفه منـه، وعـن نفـسه، والتـي يستخدمها لتغيير المواقف والأحداث بصورة تؤدي إلى الإضـطراب المزاجـي والسلوكي، ثم تحديد الأدلة التي تدحض الأفكار السالبة والأفكار المـضادة، ثـم يشجع الفرد للبحث عن أفكار بديلة.

وفي هذا الإطار يرى أليس **(Ellis)** وبيك **(Beck)** أن التوترات والإضـطرابات النفسية، خاصة القلق والإكتئاب لا يمكن عزلهما عن الطريقة التي يفكر مـن خلالهـا الشخص في ذاته وفي المواقف التي يتعامل معها.

٢) التحكم في الأعراض: وذلك بأن يردد المريض لنفسه عبارات إيجابية.

٣) مناقضة الأفكار السالبة بالدخول في مواقف حية مناقضة تقييماتها لتقييمات الفرد وأفكاره.

٤) إنقاص الأفكار السالبة عن طريق تقديم المعلومات والشرح والتفسير وغيرها.

وقد أضاف مورن (١٩٩٨م) **(Morin)**، أن إستراتيجية التعرف علـى الأفكـار الآلية السالبة توصل المريض لمعرفة الأفكار التي سببت له القلق والإكتئاب، وعنـدما يستطيع المريض التعرف عليها بمساعدة المعالج يمكنه أن يختبـر هـذه الأفكـار ثـم يدحضها بالأدلة المنطقية، ثم يمكن من إيجاد أفكار بديلة موجبة تـؤدي إلـى التغييـر والتعديل في الأعراض التي يشكو منها.

كما يضيف هاوتن وآخرون (١٩٩٨م)، أن بعض المرضى يمكنهم التعرف على الأفكار الآلية السالبة والبعض الآخر يجد صعوبة في ذلك ويرجع ذلك للآتي:-

١) الأفكار الآلية السالبة أصبحت شيئاً معتاداً عليه، لذلك نفشل فـي لفـت إنتبـاه المرضى إليها.

٢) صعوبة التخيل التصوري **(Visual image)** لأنه يرتبط عند الـشخص بـالقلق والخوف والغرابة.

٣) الأفكار دائماً ترتبط بالمخاطر التي تؤدي إلى القلق، وهذا ما يحاول المريض أن ينشغل عنه بالتجنب الظاهري والداخلي، لذا يجب شرح وتوضيح الأفكار بالنسبة للمريض، ويضيف بك (١٩٦٧م) المذكور في سكول (مرجع سابق)، أن الأفكار الآلية السالبة تتصف بعدد من السمات التي تؤثر في كيفية عملية العلاج وفـي علاقة المعالج بالمريض، ومن أهم سماتها الآتي:-

١) أنها عادية لذلك من الصعب تحديدها.

٢) أنها آلية (غير طوعية) لذلاك من الصعب السيطرة عليها.

٣) تحدث كرد فعل، والأفكار السالبة هي نتاج أخطاء في العمليات التي من خلالها تشوه الإدراك والتفكير والخبرة.

كما أوضح أليس المذكور في عبد الستار إبراهيم (١٩٩٤م)، مجموعـة مـن الأفكار الآلية السالبة والتي تشتمل على إثنتي عشر نوعاً وهي:-

١) من الضروري أن يكون الإنسان محبوباً ومؤيداً من الجميع فيما يقول ويفعـل؛ بدلاً من؛ التأكيد على احترام الذات والحصول على التأييد لأهداف معينة وتقديم الحب بدلاً من توقعه.

٢) بعض تصرفات الناس خاطئة أو محرجة، وأنه يجب عقاب الناس الذين تـصدر عنهم هذه التصرفات عقاباً شديداً بدلاً من؛ أن بعض التصرفات التي تصدر عن

الآخرين غير ملائمة وغير اجتماعية وأن الناس الـذين تـصدر مـنهم هـذه التصرفات أغبياء أو جهلة أو مضطربين إنفعالياً.

٣) أنها لكارثة أو ماسأة عندما لا تسير الأشياء كما نريد لها أن تكون بدلاً مـن؛ أن تكون الأشياء كما لا نشتهي، وأن علينا أن نحاول بكل جهدنا لتغيير الظروف أو ضبطها، بحيث تكون الأشياء مقبولة إلى حد ما. وإذا كان التغيير مستقبلياً، فإنه من الأفضل للشخص أن يمهد لنفسه قبول الأشياء وأن يتوقف عـن تـصويرها بأنها فظيعة وقاتلة.

٤) أن شقائنا وتعاستنا وعدم إحساسنا بالسعادة نتاج لأشياء خارجية عنا بدلاً من؛ أن جزء كبير من مصيرنا نحكمه نحن بأرائنا وتصرفاتنا.

٥) من الطبيعي أن يشعر الإنسان بالقلق والتوتر عندما تحدث أشياء خطيرة أو سيئة بدلاً من؛ أننا يجب أن نواجه مصادر الخوف والقلق بصراحة، ونقلل من الآثار السيئة التي تترتب عليها، فإذا كان ذلك مستحيلاً فإنه يمكننـا أن نهـتم بأشـياء أخرى ونتوقف عن تصور أن هذا الشئ خطير ومخيف.

٦) من السهل والأحسن أن نواجه مصاعب الحياة ومسئولياتها بالتجنب والإنسحاب بدلاً من؛ أنه يجب مواجهتنا للمصاعب عندما نثور وليس البعد عنها وتجنبها.

٧) الإنسان يحتاج لشئ أو لشخص آخر أقوى وأعظم خبرة منه لكي يساعده علـى تحقيق أهدافه في النجاح بدلاً من؛ القول أن الأفضل كثيراً أن نعتمد على أنفسنا وأن نقف على أقدامنا، وأن نستمد إيماننا من أنفسنا، وقدراتنا وقيمنا الخاصة عند مواجهة مصاعب الحياة ومشكلاتها.

٨) يجب أن يكون الشخص قادراً على التحدي والمنافسة والتفوق والذكاء في كـل الجوانب الممكنة، بدلاً من؛ القول أنه من الممتع للنفس أن يكون الإنسان متمكناً من شئ ما ينفعه ويستمد منه الإشباع وتحقيق الذات.

٩) إننا نتصرف ونسلك بطريقة معينة، بسبب آثار سيئة في تربيتنا في الماضي وأن الماضي قدر لا يمكن تجنبه، بدلاً من؛ القول أننا مسئولون عن تـصرفاتنا فـي الماضي. وأن الماضي يمكن تجنب آثاره السيئة إذا ما أعدنا وجهـات نظرنـا وتصرفاتنا الحالية.

١٠) من الواجب أن يشعر الإنسان بالتعاسة والحزن عندما يشعر الآخرون بذلك، أو عندما تحيق بهم مشكلة أو كارثة، بدلاً من؛ القول أن الإنسان يجب ان يتمالك نفسه إزاء مصائب الآخرين، لأنه سيكون أكثر فائدة إذا لم يكن مهزوماً مثلهم.

١١) أن السعادة البشرية والنجاح أشياء يمكن الوصول إليها دون جهد، بدلاً من؛ القول بأنه على الإنسان أن يفعل شيئاً وأن يجاهد نفسه لخلق مصادر خاصة لسعادته وأنه بمقدار الجهد المبذول تتجدد غاياته.

١٢) أن هناك مصدراً واحداً للسعادة، وأنها لكارثة إذا ما أعيق هذا المصدر أو فقد، بدلاً من؛ القول أن الإنسان يستطيع أن يحقق سعادته من مصادر مختلفة، وأن يبدل أهدافه بأهداف أخرى إذا ما تتطلب الأمر ذلك.

ويضيف بيك **(Beck)** (مرجع سابق)، أن الأفكار الآلية السالبة ما هي إلا نتاج لعمليات خاطئة في الإدراك والتفسير للتجارب، وتتمثل في الآتي:-

١) التعميم الزائد: هو ميل المريض إلى تقييم نتيجته ثم التوصل إليها، على أساس حدث متفرد على المواقف أو رجوعه لخبرات معينة يستخلص منها قانوناً عاماً. وهذه تجعله يميل غالباً لتعميم الخبرات الجريئة على ذاته تعميماً سلبياً، فتوجيه نقد غير مقصود إليه مثلاً يعني: أني إنسان فاشل، وعاجز عن تحقيق آمالي في الحياة. وإن نسي صديق له أن يبادله التحية، يعني: أنه إنسان مكروه وغير مرغوب فيه.

٢) الثنائية والتطرف: هو ميل المريض لتصور الأمور وفق معيارين لا ثالث لهما، ودود أو غير ودود ، أبيض أو أسود، صادق أو غير صادق، ناجح أو فاشل. ويتمثل هذا النوع من التفكير في أن المريض لا يرى في الشئ الذي يبدو من ظاهر الأمر شيئاً، أو نتائج إيجابية، وقد يردد عبارات مثل: (لا أدري على الإطلاق فائدة فيما أقوم به، لا أحاول إطلاقاً أن أفعل أشياء لست متأكداً من نتائجها).

٣) التجريد الإنتقائي: وهو يتميز بتفسير المريض الأشياء والأمور على الوجه الأسوأ أو بإنتقاء الجوانب السلبية فقط، ويتجاهل الجوانب الأخرى الإيجابية وتصور كل الخبرات على أساس الجانب الذي تم إنتقاءه.

٤) أخطاء الحكم والإستنتاج: وتعني إستنتاجات تعسفية يقفز بها المريض إلى نتائج إستنتاجية لا يوجد ما يسندها من أدلة فيصبح السلوك ناتجاً عن أخطاء في تفسير

الحادثة، أو الأحداث لعدم توفر المعلومات المطلوبة أو لحدوث الحادثة في سياق مختلف.

٥) التنسيب الشخصي: وهو ميل المريض للربط بين الذات، وأحداث خارجية دون وجود أساس لهذا الربط، أو توجيه اللوم لنفسه عن أشياء ليس مسئولاً عنها، أو التغاضي عن نجاحات لإفتقاده الرؤية الواضحة للعلاقة بين الأسباب والنتائج.

أهم طرق تعديل الأفكار، وإيجاد الأفكار البديلة:-

أهم طرق تعديل الأفكار عند بيك Beck تتضمن الآتي:-

١) إختيار صحة الأفكار: يطلب من المريض وفق هذا الأسلوب كما سبق بأن يبحث عن الأدلة لأفكاره الأوتوماتيكية، التي تسبق مشاعره غير السارة، كمـا يطلـب فحص الأدلة التي تدحض هذه الأفكار.

٢) البحث عن البدائل: يطلب من المريض على ضوء هذا الأسلوب أن يحدد طرقاً أخرى لتقييم الموقف وتفاسير بديلة تناسب الحقائق وتقوم على الواقع.

٣) إعادة التنسيب والعزو: وتتضمن هذه الطريقة مساعدة المريض في إعادة عـزو أو نسبة الموقف للأسباب الحقيقية، والأكثر دلالة وأهمية كما تتـضمن تحديـد المسئولية الحقيقية عن الموقف، ويساعد المريض في التعـرف علـى تنـسيبها وتصحيحها.

٤) تقليل التفكير الكوارثي: ويطلق على هذه التقنية (ماذا، لو) ويعلم المريض وفـق هذا الأسلوب أن يسأل ما هو اسوأ ما يمكن أن يحدث في هذا الموقف؟ ماذا بعد أن حدث كذا؟ ماذا يعني حدوثه بالنسبة اك؟ لحياتك؟ مستقبلك، ويعلم المـريض حتى لو ساءت الأمور إلى أقصى حد أن الأمر لا يمثل كارثة كما يتصور، وأن يجعل من مواجهة المواقف والمواضيع التي تبعث التوتر والقلق والخوف مواقف عادية، ويقضي على مشاعر اليأس والعجز في مواجهتها.

٥) تحديد المحاسن والمساوئ: ويستخدم هذا الأسلوب في حالة عدم مقدرة المريض على إتخاذ قرار في أمر ما، أو عدم مقدرته على الإقلاع عن عادة غير توافقية، بأن يطلب منه تسجيل الجوانب السلبية وأن يبحث لها عـن أسـباب خارجيـة ممكنة، وأن يفحص الجوانب الإيجابية، وأن يبحث لها عن أسباب داخلية ممكنة حتى يزداد تبصراً بما يمكنه من إتخاذ القرار.

٥. تقنية جدولة النشاطات:-

جاء في عادل عبد الله (مرجع سابق)، أن تقنية جدولة النشاطات هـي مهمـة ترتبط بمراقبة بالذات وذلك برصد التغيرات المزاجية المصاحبة لمستوى النـشاط مـن خلال تسجيل ما يقوم به المريض من نشاط ساعة بساعة، ويقيم المزاج المصاحب لذلك النشاط بمقياس متدرج من (١٠ إلى ١٠٠)، ثم تسجيل المقـدرة علـى الـتحكم ومـدة إهتمامه، حيث يطلب من المريض، أن يقيم مدة تحكمه وإنجازه في المهمـة المطلوبـة منه، وبذلك يعرف علاقة مستوى النشاط المتدني بظهور الإضطراب النفسي، وبعـدها نشجع المريض لتخطيط وجدولة الأنشطة التي تحسن حالته المزاجية.

٦. تقنية أسلوب تأكيد الذات:-

ذكر عبد الستار إبراهيم (مرجع سابق)، أسلوب تأكيد الذات يعني بشكل عام هو حرية التعبير الإنفعالي، وحرية الفعل، سواء كان ذلك في الإتجاة الإيجابي أو في الإتجاه السلبي، وهذا يتفق مع لازارس في أن مفهوم الحرية الإنفعالية يبدو أكثر فعاليـة مـن مفهوم الذات، ويرى (جولد) المذكور في عادل عبد الله (١٩٩٩م)، أن التـدريب علـى تأكيد الذات يعتبر أعلى التدخلات السلوكية قيمة، وهو الأسلوب الذي يغلـب أن يكـون مطلوباً لتعديل السلوك غير الملائم في العلاقة بين الأشخاص، ويمـارس عـادة هـذا التدريب من خلال الجمع بين تدخلات تقود المريض إلى الشعور وإلى الفعـل، علـى أساس إفتراض أن له الحق في أن يكون ما هو عليه وأن يعبر في حرية عن مـشاعره ما دام أنه لن يسبب الأذى لأحد.

كما أضاف حامد عبد السلام زهران (١٩٩٧م)، علينا أن نميز بين تأكيد الـذات والعدوان، أن العدوان يشمل التعبير عن الغضب والضيق، وأن تأكيد الـذات لا يـشمل التعبير عن الغضب أو الضيق فقط بل يشمل مشاعر الحب والدفء، وقد سماه (جولد) بالتدريب على التعبير الملائم، والقصد من التدريب على تأكيد الذات هو تعليم الشخص السلوك التأكيدي المناسب والفعال والمعقول.

ويقول الزراد (١٩٨٥م)، يجب أن لا نخلط بين التوكيـد والعـدوان، فالتوكيـد يتضمن القدرة على معارضة الآخرين والتعبير عن الرأي مهما كان مخالفـاً لآرائهـم، وفي التوكيد يكون حكم الفرد الخارجي على الآخرين حكماً موضوعياً.ويـربط محمـد السيد عبد الرحمن (٢٠٠٠م)، بين التدريب على تنمية القدرات والمهارات الاجتماعية،

والتدريب على إثبات الشخصية، أو تحقيق الشخصية، ويقصد هنا إصرار الفرد على حق من حقوقه والتعبير عن ذلك بواسطة الكلام أو الفعل الإيجابي.

وفي هذا الصدد لخص عادل عبد الله (مرجع سابق) أساليب تأكيد الذات فيما يلي:-

١. أساليب لفظية: هذه الأساليب من شأنها أن تعلم المريض أن يزيد من حريته الإنفعالية وقدرته على تأكيد الذات، ومن أهم الأساليب فاعلية في هذا الصدد تعويد المريض وتشجيعه على التعبير المتعمد عن إنفعالاته بطريقة تلقائية ويطلق على هذا الأسلوب (تنطيق المشاعر)، أي تحويل المشاعر والإنفعالات الداخلية إلى كلمات صريحة منطوقة بطريقة تلقائية، مثل: أريد ذلك، أحب هذا، لا أحب هذا، أو المدح أو التوقع، الدهشة، النقد الذاتي، الإعتذار والأسف، التشكك أو حب الإستطلاع، أو الشعور بالخلاص أو عدم الراحة.

٢. التعبير الحر عن الرأي وتأكيد الأنا: إظهار المشاعر الحقيقية بدلاً عن الموافقة على رأي أحد، كما يجب إستعمال كلمة أنا للتدريب على تأكيد الذات، أيضاً يجب إظهار الموافقة عند المدح.

٣. التدريب على إحداث إستجابات بدنية ملائمة: التعبيرات البدنية المناسبة مثل: تعبيرات الوجه في حالة الفرح والحزن، وأساليب الحركة والكلام مثل نبرة الصوت الذي يجب أن يكون مسموعاً واثقاً قاطعاً.

٤. التأكيد السلبي: يعني إعترض الشخص بأنه أخطأ، لكن هذا الخطأ لا يعني أنه سئ أو أنه فعل الشئ بسوء قصد أو نية.

٥. تجريد إنفعالات الآخرين الغاضبة من قوتها: ويتضمن هذا الأسلوب أن نتجاهل الحديث أو الرسالة التي تأتيك من شخص آخر، بشكل إنفعالي غاضب أو ثائر، بأن تجعل تركيزك على موضوع الحديث، أو محتوى الرسالة الغاضبة، ولكن على الحقيقة أن الشخص غاضب، وليس لديه إستعداد للنقاش ما لم يهدأ الآن.

٦. التعميم والإرتباك: يستخدم هذا الأسلوب مع الأشخاص الذين يتطوعون للجدال والمعارضة والنقد لأشياء هي من شأنك أنت، ويكون بأن تقول أنك على حق فيما يقول، ولكن بطريقة توضح له أن موافقتك لا تعني موافقة حقيقية على محتوى ما يقوله، بقدر ما تعني أنك غير مستعد لتبادل الحوار أو الحكم على موضوع هو من شأنك أنت فحسب.

٧. أسلوب الأسطوانة المشروخة: تستخدم في الحالات التي يقاطعك فيهـا شـخص ويعترض على ما تقول قبل أن تنهي كلامك أو توضح فكرتك، أنتظر إلـى أن ينتهي الشخص الذي قاطعك عند الحديث، عندئذ تجاهل تماماً ما قاله وإسـتأنف توضيح فكرتك الأصلية بإستخدام عبارات مثل هذا صحيح، ولكـن الموضـوع الذي أريد مناقشته هو...........أن الفكرة الرئيسية.........

٨. التساؤل السلبي: يستخدم هذا الأسلوب مع الأصدقاء والأشخاص الإعزاء عندما تريد أن تنهي الخلافات المنفرة في العلاقة بهم، وذلك بأن يستجيب للنقد الـذي يوجه لك من شخص، معين بأن تسأله يعطيك مزيد من الإنتقادات المماثلة التي سببت ضيقه.

٧. تقنية ضبط الذات:-

أوضح ويلسون أوليـري (١٩٩٩م)، **Willson and O'leary**، عنـدما نـسمع مصطلح (ضبط الذات أو ضبط النفس)، فإنه يترك لدينا إنطباعاً بأن هناك نوعـاً مـن التقييد الذاتي، وحين يطلب منا أن نصف الأفراد الذين يقول عنهم أن لديهم ضبط للنفس يأتي إلى أذهاننا أن هؤلاء يؤجلون الإشباع الفوري لحاجاتهم في سبيل تحقيق أهـداف بعيدة المدى. فإن الشخص الذي يضبط نفسه عند الغضب فلا يتصرف بحماقة في لحظة الغضب نقول أنه قد مارس تقييداً أو ضبطاً للنفس.

وفي هذا الإطار تشير الباحثة أن ضبط الذات أو النفس يتضمن الكبح والتقييـد الذي يمارسه الفرد على نفسه، وإن هذا المفهوم لا يمثل في واقع الأمر مفهوماً جديـداً في تعديل السلوك، فقد عرفه علماء المسلمين كما جاء في أبي حامد الغزالي (١٩٦٩م)، وتحدثوا عنه بتفصيل أكبر تحت مسميات كثيرة منها ضبط النفس، كظم الغـيظ، قـوة الإرادة، حسن الخلق، مجاهدة النفس.

عرف ويلسون أوليري (مرجع سابق)، ضبط النفس بأنه عبارة عـن أسـلوب لتغيير السلوك يبدأه الفرد عادة بنفسه، بغرض التأثير على سلوكه الشخصي. ويتـصور أن السلوك يتأثر بخليط من المتغيرات الداخلية والخارجية، ويمكن أن ننظر للسلوك على أنه قد يكون محكوماً بشكل تام من الخارج ومن الداخل دون إرشـادات أو معـززات خارجية، فإن مثل هذه الإجراءات تعرف بأسلوب ضبط الذات أو النفس.

يضيف وليم هو وجونز (١٩٩٧م)، **Williams, How and Jones** ، أن الأساس النظري لضبط الذات أو النفس يقوم على المنطق الآتي:-

أ) أن كثير من السلوكيات لا يكون من السهل تعديلها من جانب المريض نفسه مثل الغضب والعدوان، وبعض هذه السلوكيات تؤدي إلى شعور المريض بعدم الإرتياح رغم أن بعضها لا يلاحظه الأخرون، وقد تتطلب الملاحظة المستمرة وتنظيم الظروف الخاصة بتغيير السلوك إلى الإبداع الطويل المدى.

ب) أن المواقف الخاصة بالمشكلات ترتبط عادة بشكل وثيق مع ردود الفعل الذاتية، ومع بعض الأنشطة المعرفية، مثل التفكير أو التخيلات أو التخطيط، وهذه السلوكيات لا تتاح أساساً للملاحظة المباشرة، فإذا كان لدى الفرد مخزوناً سلوكياً للتصرف على أساس من أفكاره فإن تغيير الإستجابات المعرفية يصبح الواجب الأول في عملية المساعدة، فعلى المعالج أن يحمل المسئولية الأساسية للمريض أو المسترشد.

ج) أن تعديل وتغيير السلوك أمر صعب غالباً ما يكون غير سار، وكثير من المرضى يبحثون عن المساعدة ولكنهم في الغالب لا يملكون الدافعية لتغيير السلوك بقدر ما يكون دافعهم هو التخفيف من التهديدات والمضايقات الحالية دون تعديل نمط حياتهم، ولهذا فقد يكون الهدف الأول في برنامج ضبط الذات أو النفس مساعدة المريض على تكوين دافعية للعلاج وتعديل السلوك.

د) أن الفائدة من برنامج تعديل السلوك لا تكمن فقط في إزالة أعراض المشكلة، وإنما يجب أن يتعلم المريض في العلاج مجموعة من المهارات التي يمكن تعميمها، مثل إستجابات المواجهة وتقدير المواقف، ونتائج السلوك، وتنمية قواعد السلوك، بحيث تتناسب مع مواقف المشكلات والتي تساعد المريض على التعامل مع المشكلات في المستقبل بشكل أفضل مما إعتاد أن يتعامل به معها في الماضي.

أساليب ضبط الذات (أو ضبط النفس):-

أوضح سافران وآخرون (١٩٩٣م) **Safran, J. et.al** بأن الأساليب العلاجية التي يقدمها المعالجون تحت الضبط الذاتي تشتمل على الآتي:-

١. ضبط المثير:-

ويقصد بضبط المثير إعادة ترتيب وتنظيم البيئة من جانب الفرد، لكي يحدث تغيير أو تقليل في بعضاً من سلوكياته، وقد استخدام هذا الأسلوب بشكل واسع في البرامج التي تساعد العملاء في التقليل من الأكل أو التدخين.

وقد أجرى سيتورات **Stuart** المذكور في حامد عبد السلام زهـران (١٩٩٧م)، دراسة إشتملت على برنامج لتخفيض الوزن، تركز على متغيرات أخرى لإعادة ترتيب المتغيرات، وتتلخص أساليب ضبط المثير التي إتبعها في الآتي:-

- أبعاد الطعام من كل الأماكن في البيت فيما عدا المطبخ.
- محاولة حفظ الأطعمة التي تتطلب بعض الإعداد.
- جعل الطعام خبرة خالصة، لا ترتبط بأنشطة أخرى مثل القـراءة أو الإسـتماع للراديو أو التحدث في التلفون أو مشاهدة التلفاز ...إلخ.

٢. الأختيار الذاتي للمعايير:-

يقول سافران **(Safran)** (مرجع سابق)، أننا عندما نقرر أن نقوم ببعض المهـام مثل: التدريبات الرياضية أو الإستذكار فإننا نقوم في القالب بإعـداد هـدف أو معيـار لأنفسنا فمثلاً: يقول الفرد لنفسه أني ساقطع مسافة ٢ كيلو متر في ١٥ دقيقة، أو أنـي سأذاكر ١٠ صفحات في ١٠ ساعات...إلخ، وقد أكدت بعض الدراسات مثـل دراسـة (ليندال دافيدوف ١٩٨٨م)، أن إعداد غاية أو معيار ربما تكون قليلة القيمة، أو ذات أثر إنفعالي.

ويمكن أستخدام أسلوب مختلف شيئاً ما، يشتمل على إعداد الهدف والتدعيم حيث أوضحت دراسات مختلفة، أن هذا الأسلوب الذي يعتمد على إعداد معايير التدعيم سواء بواسطة المعالج أو المريض، له آثار كبيرة على الأداء، وقد أكـدت دراسـة بانـدورا وسيمون كما جاء في عادل عبد الله (مرجع سابق)، أنه كلما حدد المريض لنفسه معايير للتدعيم كلما كانت نتائجها أفضل ولا يمكن إطفاءها بسرعة.

٣. التعليمات الذاتية (حديث النفس):-

أوضح ميشينبوم ، **Meichenbum** (مرجع سابق). نحن نتحدث إلى أنفسنا وهذا الحديث يأخذ صوراً عدة، وما نقصده بالتعليمات الذاتية هو ذلك النوع من حديث النفس الذي يأخذ صورة الحث والتوجيهات والطلب مثال: (أنا لن أكذب، لن أسـتجيب لهـذا الشخص...إلخ) وقد استخدم التدريب على التعليمات الذاتية لتغيير الأنواع الإندفاعية من العدوانية والنشاط الزائد لدى المراهقين وكذلك الأداء العقلـي وعيـوب الكتابـة لـدى الأطفال والغضب لدى الراشدين.

٤. التسجيل الذاتي والتقويم الذاتي:-

أوضح سالكوفكس وكامبل (١٩٩٤م)، **Salkovskis, P. and Campbell**، بأنـه يقصد بالتسجيل الذاتي عملية مراقبة السلوك الذي يتطلب أحكاماً تقويمية بسيطة نـسبياً مثال (عدد السجائر التي تم تدخينها، أو عدم الوجبات التي تم أكلها). وعلى العكس من ذلك فإن التقويم الذاتي يشير إلى أسلوب يتطلب وجود فرد يقوم بالحكم علـى سـلوكه بطريقة شخصية أو ذاتية.

ويشير مصطلح التقويم الذاتي إلى الأحكام التي يصدرها الشخص عن سـلوكه على أساس شخصي، فإن سلوكيات التقويم الذاتي قد تكـون ذات تـأثير فـي تغييـر السلوكيات، فقد أوضحت دراسة هورني (١٩٩٠م)، أن أساليب التقويم الـذاتي سـواء أثارها الآخرون أو أثيرت ذاتياً من الفرد نفسه، تكون فعاله عندما يكون الفـرد راغبـاً فعلاً في تغيير السلوك المستهدف بالتقويم.

٥. النتائج المنفذة ذاتياً (التدعيم العقابي الذاتي):-

أوضحت دراسة ماهوني، مورا وويد كما جاء فـي رهـيم جـيمس **(Rehm James)** (١٩٨٧م)، أن آثار الإثابة الذاتية أو العقاب الذاتي والمراقبة الذاتية، مثلاً فـي حالة (إنقاص الوزن)، له مردود إيجابي، وقد إشتمل مكافأة الذات أو عقاب الذات بـأن يكافئ الأفراد أنفسهم أو يوقعوا غرامات على أنفسهم، للتقدم أو نقـص التقـدم الـذي أحرزوه في نهاية كل أسبوع، بالنسبة لإنقاص أوزانهم.

مما سبق تلخص الباحثة بأن تقنية أسلوب ضبط الذات أو النفس مفيد للغاية مـع مرض الفشل الكلوي، ومن خلالها يمكن تعليم المريض أن يعيـد تنظـيم الإرتباطـات الفعالة، التي تؤثر على السلوك بطريقة تجعله يعايش فوائد بعيدة المدى، في ذات الوقت عليه أن يقلع عن بعض الإشباعات (إشباع الحمية الغذائية)، أو يتحمل بعض المتاعـب في البداية (إجراء عملية الإستصفاء الدموي، كثرة التحاليل المختبرية التي قد يحتاجها)، وضبط النفس عند الغضب والسأم. حيث يتطلب هذا الأسلوب (ضبط النفس أو ضـبط الذات) مساندة مبكرة من المعالج مع تشجيع المريض على الإعتمـاد بالتـدرج علـى مهاراته التي يكونها.وتضيف أيضاً أن أهمية هذا الأسلوب تكمن في السيطرة والإلتزام بضوابط الحمية الغذائية التي يجب إتباعها، وكمية السوائل المسموح بها، حيث يـؤدي تجاهلها وعدم الإلتزام بها إلى تدهور حالة المريض الصحية، وكذلك تفيده في المواظبة على تعاطي الجرعات العلاجية في أوقاتها المحددة، وتشتمل المهارات على الآتي:-

- المراقبة الذاتية (مراقبة الذات).
- تكوين قواعد محددة عن طريق الإتفاق أو التعاهد مع الذات ومع الآخرين.
- البحث عن المساندة من البيئة المحيطة.
- التقييم الذاتي.
- توليد نتائج مدعمة قوية للإشتراك في السلوكيات التي تحقق أهداف ضبط الذات أو النفس.

المبحث الثـــــاني

القـــــلق

تمهيد:-

تناقش الباحثة في هذا المبحث تعريف القلق، لغة، وإصطلاحاً، مفهـوم القلـق، سمة القلق، تصنيف القلق، تفسير القلق، أسباب القلق، أعراض القلق.

مقدمة:-

يمثل القلق واحداً من أهم الإضطرابات المؤثرة على الناس فـي كافـة أنحـاء المعمورة، حتى أطلق بعض علماء النفس على العصر الذي نعيشه اسم (عصر القلق)، وتقدر الإحصاءات أن واحداً من كل أربعة أشخاص قد يتعرض يوماً ما علـى مـدار حياته لواحدة أو أكثر من أعراض القلق.

ويتفق علماء النفس علي أن القلق يعد نقطة البداية بالنسبة للإضطرابات النفسية والعقلية، وقد يكون القلق عرضاً في إحدى الزملات المرضية (العصابية) الأخـرى، أو كعرض ثانوي في معظم الأمراض النفسية والعقلية والجسمية، ويكون علاجـه أساسـاً علاج المرض المسبب له، وقد يشتد ويكون مرضاً أولياً.

ذكر أليس **Ellis** أن المعتقدات والأفكار اللاعقلانية يمكن أن تؤدي إلى حـدوث القلق، ويرى أن الناس يتعلمون طرقاً وإتجاهات للتفكير حول عالمهم، هي التي تـسبب لهم القلق. ويرى بيك **Beck** أن مدى القلق الذي يشعر به الفرد يستدعي زيادة المنبهات، وذلك فأي حركة أو أصوات أو تغيرات في الوسط الذي يعيش فيه تتم ترجمتها إلى نوع من الخطر، حيث يخبر المريض أفكاراً عن الخطر المتوقع، ويكون تفكير الفرد مـشتتاً ومشوهاً، ويرتبط تركيزه بمفهومه عن الخطر وعلامات هذا الخطر، مما يفقده حكمـه الإرادي في المنبهات الخارجية، وهو الأمر الذي يؤدي إلى زيادة القلق، إذ تعكس أفكار الفرد تقييمه للموقف وليس الموقف الفعلي، كما أنها أيضاً تثيـر إسـتجاباته الإنفعاليـة والسلوكية.

تعريف القلق:-

لغـة:-

عرف أحمد بن محمد الفيومي (مرجع سابق) القلـق (قلقـاً) فـي بـاب تعـب وإضطرب، أقلقه الهم أي أزعجه. كما عرفه محمد بن أبي بكـر الـرازي (١٩٧٦م)، القلق يعني الإنزعاج و(قلق) من باب طرب فهو قلقاً ويقال بات فـلان قلقـاً أي أقلقـه غيره.

كما يعرف فاروق السيد (٢٠٠١م)، القلق (قلقاً) لم يستقر في مكان واحد، ولـم يستقر على الحال، وإضطرب وإنزعج فهو قلق، و(أقلقه) الهم فلاناً أزعجه.

أضاف أبن منظور جمال الدين (٢٠٠٠م) القلق يعني الإنزعاج ويقال بات فلان قلقاً أقلقه غيره، و(أقلق) الشئ من مكانه أي حركه أصبح لا يستقر في مكان واحد، وفي حديث أقلق القوم السيوف أي حركوها من أغمادها.

وترى الباحثة من خلال التعريفات السابقة للقلق أنها، تتفق في عدم الإسـتقرار والإضطراب والتوتر والإنزعاج، وهو عكس الطمأنينة والسكينة.

إصطلاحـاً:-

جاء في سهير كامل (٢٠٠١م)، لقد وجد علماء النفس صعوبة في تعريف القلق مصطلحاً بأن يكون محدداً بشكل إجرائي ومتكامل كظاهرة نفسية، ولكن أشـاروا إلـى المعنى الإصطلاحي للقلق منهم الدباغ (١٩٨٢م)، ، سـعد عبـد الـرحمن (١٩٨٦م)، مصطفى فهمي (١٩٨٧م) السباعي وعبد الرحيم (١٩٩٦م)، عكاشة (١٩٩٨م)، حيـث أكدوا في تعريفاتهم وبتعبيرات مختصة على المضامين التالية:-

١) وجود حالة من التوتر وعدم الإستقرار.
٢) وجود حالة من التوجس وعدم الإرتياح إزاء حوادث المستقبل.
٣) ويتبع القلق شعور بالتوتر والكدر والتهديد والخوف الدائم دون سبب واضح.
٤) تتسم إستجابة القلق بأنها تكون مفرطة لا تتناسب مع الموقف أو المثير.
٥) يقترن القلق بأعراض نفسية وعضوية وتغيرات فسيولوجية.

تخلص الباحثة من كل التعريفات إلى تعريف القلق بأنه، حالة إنفعاليـة دائمـة نسبياً تتميز بالتوتر وعدم الإستقرار والتوجس والكدر والتهديد والخوف الدائم مصحوب بأعراض نفسية وعضوية وتغيرات فسيولوجية.

أشار كل من صلاح الراشد (١٩٩٠م)، محمد السيد عبد الرحمن (٢٠٠٠م)، فاروق السيد (٢٠٠١م)، إلى الفرق بين القلق والخوف وأهم تلك الفروقات، أن القلق غالباً ما يكون داخلي المنشأ، أما الخوف فهو خارجي المنشأ، كما أن مصدر التهديد في القلق غامض غير محدداً، أما الخوف فمصدر التهديد فيه محدد، وكذلك فإن القلق يدور خلاله الشخص في حلقة مفرغة فإذا إنتهى سبب من أسبابه ظهر سبب آخر يحركه، أما الخوف فيزول بزوال بواعثه.

مفهوم القلق:-

أوضح محمد أحمد النابلسي (٢٠٠٣م)، أن الشعور بالقلق يكاد يكون تجربة إنسانية شاملة، إذ لا يخلو إنسان من الشعور بالقلق في موقف ما أو لحظة ما، في حياته، بل أن إنفعال القلق ضروري حيث يخدم أهدافاً وغايات لا غنى عنها لأي إنسان، حفاظاً على بقائه ووجوده، و قد أشار كمال (١٩٨٩م)، أن القلق كحالة من عدم الإستقرار المصحوب بتوقع الخطر، توجد في الناس بدرجات متفاوته، والإختلاف بينهم إختلاف درجة لا إختلافاً في النوع، وقد رأى السباعي وعبد الرحيم (مرجع سابق)، أن جذور القلق تنبع من غريزة الحفاظ على الذات أي حب البقاء وهي غريزة جوهرية لا تستقر بدونها الحياة.

وأضاف مروان أبو حويج (٢٠٠٣م)، أن الإفراط في الإستجابة للدوافع الغريزية، وكذلك إزدياد ضغط تلك الدوافع عن الحد الذي يستطيع الإنسان إحتماله أو إشباعه يؤدي إلى إختلال في التوازن الداخلي للشخص، فكذلك القلق إن إزداد عن قدرة الإنسان على التعاطي معه بصورة مرنة وإيجابية حينها، بدلاً من أن يكون دافعاً نحو أداء إيجابي يحقق الحد الأقصى من القدرة على العطاء، بما يرضي ويشبع طموحات وحاجات الفرد، سيتحول القلق إلى عبء ثقيل على الشخص يضعف من قدرته على العطاء ويخفض من مستوى أدائه في مختلف المجالات.

مما سبق تستنتج الباحثة أن الشعور بالقلق إنما هو شعور غريزي كالشعور بالجوع والعطش، يدفع إلى سلوك هدفه الحفاظ على النفس من الفناء. وتضيف أن القلق كتجربة إنفعالية نفسية سلوكية هي ضرورية وإيجابية في الحدود التي تكون تحت السيطرة والقدرة على التحمل بحسب قدرة كل شخص على الإحتمال، بما يدفع الشخص لأداء دوره الإيجابي على المستوى الفردي والإجتماعي، أما إذا إزداد القلق عن هذا الحد أصبح عائقاً عن أدائه لهذه الأدوار بذات الكفاءة فإن القلق يتحول إلى تجربة

إنفعالية سالبة تقود الشخص إلى حالة من الإضطراب النفسي يحتاج لإعادتها إلى حالـة التوازن النفسي المنشود.

سمة القلق (حالة القلق):-

ذكر سيرلبيرج **Serelbreg** (١٩٩٢م)، وعبد الرحمن حميدة (١٩٩٢م)، أن كثير من الغموض والخلط المرتبط بمعنى القلق ومفهومه ينتج عن عدم التمييز في اسـتخدام هذا المصلح للإشارة إلى إثنين من المفاهيم البنائية. فغالباً ما يستخدم مصطلح القلق أولاً لوصف حالة إنفعالية غير سارة تتميز بمشاعر ذاتية وتوتر وخشية وكدر وإثارة الجهاز العصبي اللاارادي المستقل، حيث تحدث حالة القلق عندما يدرك الشخص فيهـا موقفـاً معيناً على أنه يمكن أن يحدث الأذى أو الخطر أو التهديد بالنسبة له. ويستخدم مصطلح قلق ثانياً ليشير إلى فروق فردية ثابتة نسبياً في الإستهداف للقلق بوصـفه سـمة فـي الشخصية، ولا تظهر سمة القلق مباشرة في السلوك، وأن كان يمكـن إسـتنتاجها مـن تكرار إرتفاع حالة القلق لدى الفرد عبر الزمن وشدة هذه الحالة.

معدلات وإحصائيات القلق:-

أشار عدد من العلمـاء مـنهم الـدباغ (١٩٨٣م)، كمـال (١٩٨٩م)، عكاشـة (١٩٩٨م)، صعوبات عديدة تكشف تحديد نسبة إنتشار القلق منها:-

١) صعوبة تشخيص القلق حيث يصعب وضع حدود فاصلة بين القلق الطبيعـي أو المرض وإختلاط تشخيصه بأمراض عضوية ونفسية.

٢) عدم توجه المصابين بالقلق عادة إلى عيادات الطب النفسي لطلـب المـساعدة والعلاج، فهم غالباً لا يذهبون إلى الأطباء النفسيين ويحاولون التعايش معه دون التوجه إلى الطبيب النفسي، لما لهذه الأمراض من حساسية اجتماعية.

وبالرغم من ذلك فإن هنالك بعض الدراسات التي أسهمت في تحديد نسبة مئوية لإنتشار القلق في مناطق مختلفة من العالم، ومن ذلك ما أورده محمد محروس (مرجـع سابق)، أن القلق ينتشر بنسبة ٥% من السكان في أي وقت من الأوقـات، مـنهم ١% يصلون إلى درجة العجز تقريباً، وأن ٨٠% من المصابين هم من الإناث، وقد أعتبر أن هذه النسبة ذات ثبات نسبي عبر الزمان والمكان طوال قرن من الزمان وفـي أمـاكن متعددة من العالم.

أضاف عكاشة (١٩٩٨م)، إلى أنه وفي مسح وبـائي فـي الولايـات المتحـدة الأمريكية، وجد أن نسبة إنتشار القلق بين أفراد المجتمع الأمريكـي تقـع مـن (٨ – ١٤%). وأشار إلى أن نسبة (١٠ – ١٥%) من السكان مصابون بالقلق.

وقد أعتبر السباعي وعبد الرحيم (مرجع سابق)، أن هذه الإحـصاءات تختلـف بإختلاف الجنس، العمر، والتعليم والمهنة والأوضاع الاجتماعية والاقتصادية، والأحوال السياسية والمناخية وتزداد في المراحل الإنتقالية من الطفولـة إلـى المراهقـة، ومـن المراهقة إلى الرشد.

وحول نسبة القلق بين الإضطرابات النفسية المختلفة ذكـر أويـدار (١٩٩٤م)، المذكور في محمد السيد عبد الرحمن (٢٠٠٠م)، أنها تبلغ مـن (٥٥ – ٦٠%)، كمـا أضاف السباعي وعبد الرحيم (١٩٩٦م)، أن نسبة الحالات قـد وصـلت إلـى (٣٥ – ٤٠%) من الحالات التي تعرض على الطبيب العام، هي حالات نفسية منها القلق، وأن ما بين (٥٠ – ٨٠%) من هذه الحالات تخدع مظاهرها العضوية الممارس العام فيعجز عن تشخيصها نفسياً ويخطئ بتشخيصها كأمراض عضوية.

تصنيف القلق:-

ورد في دليل التصنيف التشخيصي والإحـصائي للأمـراض والإضـطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة الصادرة في عام ١٩٩٤م، **(DSM-IV)** عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي أن إضطرابات القلق هي:-

١) إضطراب الهلع غير المصحوب بالإجورا فوبيا (الخوف المرضي من الأمـاكن العامة).

٢) إضطراب الهلع المصحوب بالإجوار فوبيا.

٣) الخوف المرضي من الأماكن العامة بدون تاريخ من إضطراب الهلع.

٤) مخاوف مرضية محددة.

٥) الخوف الاجتماعي.

٦) إضطراب الوساوس القهرية المتسلطة.

٧) إضطراب إنضغاط (إنعصاب) ما بعد الصدمات.

٨) إضطراب التوتر الحاد.

٩) إضطراب القلق المعمم.

١٠) إضطراب القلق الذي يرجع إلى حالة طبية عامة ولتأثير مادة أو عقار.

١١) إضطراب القلق غير المصنف في موضع آخر.

كما ورد في التصنيف العـالمي العاشـر **International Classification of Mental and Behavioural Disorder) (I C D,10)** الـصادر فـي ١٩٩٢م،. أن إضطراب القلق يصنف كأحد الإضطرابات العصابية المرتبطة بالكرب وجسدية الشكل وهي كالآتي:-

١) إضطراب القلق الرهابي.
٢) رهاب الساحة (اتحداء).
٣) دون إضطراب الهلع.
٤) مع إضطراب الهلع.
٥) الرهاب الاجتماعي.
٦) الرهاب المحدد المنفرد
٧) أخرى
٨) غير محدد.
٩) إضطراب الهلع (القلق النوابي الدوري).
١٠) إضطراب القلق العام.
١١) إضطراب القلق والإكتئاب المختلط.
١٢) إضطراب قلق مختلط آخر.
١٣) أخرى
١٤) غير محددة.

كما تعددت أساليب علماء النفس في تصنيف القلق في ثلاثة إتجاهات رئيسية:-

١) تصنيف حسب السبب.
٢) تصنيف حسب طبيعة القلق.
٣) تصنيف حسب الأعراض والصورة السريرية.

التصنيف حسب السبب:-

حيث إعتمد أصحاب هذا الاتجاه على تحديد المصدر الذي يثير القلق من حيـث أنه داخلي أم خارجي، قد أور سعد عبد الرحمن (١٩٩٤م) وحامد عبد السلام زهـران (١٩٩٧م)، تصنيف القلق على أنه:-

١) قلق خارجي، عندما يكون مصدر التهديد والخطر محدداً في البيئة التي يعـيش فيها الفرد.

٢) قلق داخلي، وعادة ما يكون مصدر التهديد نابع من داخل الفـرد علـى شـكل مخاوف لا مبرر لها ولا تتناسب مع متغيرات البيئة المختلفة، وفي كثيـر مـن الأحيان لا يستطيع الفرد تحديدها كما أنها تتغير من فترة إلـى أخـرى مـسببة الإضطراب وعدم الإستقرار.

التصنيف حسب طبيعة القلق:-

أوضح عبد المنعم الحفني (١٩٩٤م) ومحمد عثمان نجاتي ()، يـصنف فرويـد القلق إلى ثلاثة أصناف هي:-

١) القلق الواقعي: وهو إستجابة لمهدد خـارجي محـدد، ويـدعى أيـضاً بـالقلق الموضوعي أو الطبيعي.

٢) القلق العصابي: وهو نتاج الصراع بين متطلبات الهو والواقع.

٣) القلق الخلقي: وهو نتاج تأنيب الأنا الأعلى على فعل يتعارض معها.

يضيف كمال (مرجع سابق)، يصنف القلق إلى نوعان:-

١) قلق ضروري يعبر عن حاجة حقيقية ويسهم إيجابياً في حياة الإنسان وتحـسين أدائه وتلافي المصاعب والأخطار في حياته، ويظل في نطـاق القـدرة علـى إحتماله والتكييف معه بصورة جيدة دون معاناة.

٢) القلق الفائض: وهو ذات القلق السابق ولكن يختلف في درجتـه حيـث تـزداد وطأته على الشخص، بحيث يؤثر على قدراته في المجالات المختلفة وهنا يعتبر القلق مرضياً.

التصنيف حسب الأعراض والصورة السريرية:-

إعتمد أصحاب هذا الإتجاه على الصورة السريرية التـي يعبـر مـن خلالهـا الشخص عن إضطراب القلق، بالرغم من توجد القاعدة التي يستندون إليها فقد إختلفـوا أيضاً في طريقة التصنيف، حيث صنف كل من الدباغ (١٩٨٣م)، عكاشـة (١٩٩٨م)، القلق سريرياً إلى نوعين:-

١) نوبات القلق الحادة وتتميز أعراضها بحالة، الخوف والهلع وقد أطلـق عليهـا الدباغ نوبة الإنهيار الحادة، وتتميز بالتوتر الشديد وإضطراب حركي عـضلي وعدم القدرة على السكون مع صعوبة التنفس...إلخ.

٢) حالة الرعب: أبرز ما يميز هذه الحالة السكون والجمود وإرتجـاف الإطـراف وتصبب العرق وعدم القابلية للكلام أو الصراخ.

٣) متلازمة إعياء القلق: وهو نتاج عن القلق الحاد الذي يستمر أياماً ويظهر علـى شكل إرهاق عام، برود في التعبير، التبلد في المشاعر والتفكيـر، وبـطء فـي الإستجابة الحركية، وقد يتعرض المريض أثناء شـفائه، لنوبـات مـن الفـزع والكوابيس.

القلق المزمن:-

يعتبر الدباغ، وعكاشة (مرجع سابق)، أن إستمرار القلق الحـاد لفتـرة طويلـة يؤدي به إلى القلق إلى المستديم المزمن، وتتمثل أعراضه في:-

أ) أعراض جسمية وفسيولوجية.

ب) أعراض نفسية.

ج) أعراض سيكوموماتية (نفس جسمية).

وصنفه أيضاً حامد زهران (مرجع سابق)، إلى أربعة أقسام وهي:-

١) القلق الموضوعي العادي: حيث يكون مصدره خارجياً موجوداً فعـلاً، ويطلـق عليه أحياناً القلق الواقعي، أو القلق الصحيح أو القلق السوي، ويحدث في مواقف التوقع أو الخوف من فقدان شئ ما.

٢) حالة القلق (القلق العصابي): وهو داخلي المصدر وأسبابه لا شعورية مكبوتـة غير معروفة ولا مبرر له ولا تنطبق مع الظروف الداعية إليه ويعوق التوافـق والإنتاج والتقدم.

٣) القلق الثانوي: وهو القلق كعرض من أعراض الإضطرابات النفسية الأخرى.

٤) القلق العام: أن الخصائص الأساسية لهذا الإضطراب تدل على وجود قلق غيـر واقعي، أو زائد لإنشغال وتوقع للشر أو الخطر حول مجالين على الأقـل مـن مجالات الحياة.

تستخلص الباحثة إن كل الإجتهادات لتصنيف إضطراب القلق لم تبدأ مع ظهور إتجاهات علم النفس الحديث، وفي هذا الإطار أورد الزبير بشير طه (١٩٩٥م) صـفحة (١٩٦)، أن أبو زيد البلخي عام (٢٣٦ – ٣٢٠هـ) وضع تصنيفات لأنـواع الخـوف (القلق) حسب موضوعاتها وهي:-

١) الخوف مما يهدد الأمن النفسي مثل خوف ذي سلطان من العزل.

٢) الخوف مما يهدد سلامة البدن مثل: التلف والآلم الشديد.

٣) الخوف من المباغتة من صوت هايل، كالهزات والرعود.

٤) الخوف المرضي من الأخطار المتوهمة مثل: خبر مكروه يتوهمه نازلاً به عن قريب، وهي نفس التصنيفات المعتمدة في أمهات كتب علم النفس المعاصر.

العوامل والأسباب المرتبطة بظهور القلق:-

يرتبط القلق لدى الأفراد بمجموعة من العوامل التي قد تمهد وتساعد على ظهوره وأعراضه، منها:-

١. الوراثة:-

أشار أحمد عكاشة (١٩٩٨م)، أن هنالك دراسات أثبتت وجود تشابهة في الجهاز العصبي اللاارادي وإستجابته للمنبهات الخارجية، والداخلية لدى التوائم. وأضاف زهير السباعي (١٩٩٩م)، أن الدراسات أكدت وجود الإصابات لدى التوائم عامة أكثر دلالة إذا ما قورنت بمجموعات من غير التوائم، مما يوضح أن قوى الوراثة تظهر تأثيرها لدى مرضى القلق. وأوضح نويز وآخرون (١٩٩٥م)، **Noyes. et. al** ، تعددت الدراسات التي تناولت الأساس البيولوجي للقلق وأن نسبة إسهام العوامل الوراثية يتراوح بين (١٩ – ٣٠%).

٢. الإستعداد النفسي (الضعف النفسي العام):-

ذكر محمد السيد عبد الرحمن (٢٠٠٠م)، أن الشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد وأهدافه لها أثر كبير في ظهور القلق.

كما أوضح حسن المالح (١٩٩٤م) وعبد الله السبيعي (د. ت)، أن التوتر النفسي الشديد والأزمات والمتاعب والصدمات النفسية وتعود الكبت بدلاً من التقدير الواعي والعقلاني لظروف الحياة. وكذلك الصراع بين الدوافع والإتجاهات، والإحباط والفشل في إحدى مناحي الحياة، والحلول الخاطئة وكثرة المحرمات الثقافية تعد كعوامل ممهدة لها أثر كبير في أن تجعل الفرد مهيأ للإصابة بإضطراب القلق، من هنا يتضح للباحثة أن العامل الوراثي والإستعداد النفسي العام لهما دور مهم في ظهور القلق.

٣. الضغوط النفسية:-

أوضح زهير السباعي (١٩٩٩م)، أن أثر الضغوط البيئية أصبح متفقاً عليه، وقد أعتبر مصادر الضغط تكمن في الآتي:-

الضغوط المباشرة:-

مصادرها التعرض للتهديد، فقدان الوظيفة، فقدان الصحة، الطلاق،...إلخ.

الضغط المرتبط بالصراع:-

حيث تتصارع قوتان متضادتان تحتاجان إلى إشباع، وتتبادلان الشد في إتجاهين متعاكسين، ويتفق فاروق السيد (٢٠٠١م)، مع زهير السباعي (١٩٩٩م)، حول أثر الضغوط ويعتبرا أن الشعور بالكرب والمشقة أو ما يسمى بالإنعصاب يؤدي إلى القلق.

وفي هذا الصدد أشارت سهير كامل (٢٠٠١م)، إلى أن القلق مرتبط بالإرهاق، حيث أن تصرفاتنا في الظروف الطبيعية ما هي إلا تعبير عن التوازن بين قدرتنا على تحمل التجارب التي نمر بها، وبين قوة ووطأة هذه التجارب، وما زاد عن قدرة التحمل كفيل بالإخلال بهذا التوازن، سواء كان بالقدر الذي يستطيع الإنسان التكيف معه، أو إلى الحد الذي يؤدي به إلى الإنهيار، بسبب إستنزاف جميع الطاقات الممكن للفرد الإستعانة بها في عملية التكيف المحتمل. وبهذا فإن القلق يكون نتيجة لتفاعل أسباب الإرهاق من الداخل أو الخارج للفرد.

ويتفق مع هذا الرأي حسن مصطفى (١٩٩٨م)، حيث يعتبر أن السلوك الشاذ يرتبط بما أطلق عليه مصطلح (الحمل البيئي) والذي يقصد به مجموع المثيرات التي يتعرض لها فرد ما، مقابل قدرته على مواجهة تلك المثيرات، فإذا ما تعرض الإنسان إلى حمل بيئي زائد سواء أكان مصدر هذه المثيرات البيئة الاجتماعية، أو البيئة الطبيعية فإن ذلك سيؤدي إلى القلق والإضطراب، ويعتبر محمد محروس (١٩٩٨م)، أن هذه الرؤية هي أقرب تفسير للواقع الفعلي للقلق والإضطرابات النفسية عموماً وأكثرها ملاءمة للبحث العلمي.

وقد إتفقا كلاً من محمد محروس (١٩٩٨م)، والسباعي (١٩٩٩م)، حيث إعتبرا أن أسباب القلق تكمن في:-

١) الظروف الضاغطة.

٢) طاقة الفرد الذاتية، ولكنهما أضافا ظرفاً ثالثاً للمعادلة وهو السند الاجتماعي وقاما بتصنيف الظروف الضاغطة إلى:-

أ) ضغوط داخلية: تتمثل في الصراع الداخلي بين القوى المختلفة في الطبيعة الإنسانية.

ب) الضغوط الخارجية: تتمثل في ظروف البيئة والحياة، وقد أعتبرا أن القلق في جوهره هو رد فعل للعوامل ومؤثرات داخلية أو خارجيـة ضـاغطة، كمـا تحددها جملة خصائص حيوية ونفسية واجتماعية منها:-

- الإختلاف بين الأفراد في الموروثات الحيوية.
- الفروق بين الجنسين.
- العمر
- أنماط الشخصية وسماتها الأساسية
- الحالة الصحية.
- نوع التربية والرعاية في الطفولة.
- نوع ومستوى التعليم.
- التجارب السابقة مع المؤثرات التي تشير للقلق.

وكذلك إعتبرا أن السند الاجتماعي بما يوفره من مساندة ومساعدة على تجـاوز الأزمات وتخفيف الضغوطات وزيادة الثقة، يلعب دوراً هاماً في نشوء القلق، وقد قسما السند الاجتماعي إلى ثلاثة أنواع:-

أ) سند مادي

ب) سند معنوي

ج) سند عاطفي

وبذلك تكون المعادلة أن إحتمال الإصابة بالقلق يتحدد حسب الضغوط النفـسية من جهة، وطاقة الفرد من جهة أخرى وما يتوفر لدى الشخص من السند الإجتماعي من جهة ثالثة.

وتتفق الباحثة مع ما ذهب إليه محمد عودة (١٩٩٤م)، حيث أنه يؤكد في إطـار قدر الفرد الذاتية على مستوى الإيمان والتدين لدى الشخص مما لهما دوراً مهمـاً فـي إكساب الشخص المناعة ضد الضغوط النفسية والبيئية والاجتماعية، بما للإيمـان مـن قدرة على تغيير مدركات الإنسان نحو إحداث الحياة وطريقة تفاعله معهـا، فـالمؤمن راضي بقضاء الله متهئي للمصائب صابر عليها مطمئن إلى جنب الله وإلى رحمته لقوله تعالى: (قل لن يصيبنا إلا ما كتب الله لنا) التوبة الآية"٥٠".

ولقوله تعالى: (ولمن صبر وغفر فإن ذلك لمن عزم الأمور) الشورى الآية "٤٣".

وفي قوله صلى الله عليه وسلم: (عجباً لأمر المؤمن أن أمره كله له خير، أن إصـابته سراء شكر فكان خيراً له وإن أصابته ضراء صبر فكان خيراً له). رواه مسلم

وفي المقابل فإن ضعف الإيمان والخواء الروحي وإرتكاب المعاصي يؤدي إلى إضعاف المناعة، مما يؤدي إلى الضعف النفسي وأحياناً إلى الإنهيار.

الشخصية القلقة:-

أوضح كاظم والي (١٩٨٨م)، تعتبر الشخصية بما تمثله من تفرد في الذات عن الآخري نتاجاً لتفاعل عوامل وراثية بيولوجية مع عناصر بيئية مكتسبة، وطبيعة هـذه الشخصية تعتبر عاملاً هاماً من عوامل القوة الذاتية التي تحدد إلى حـد كبيـر كيفيـة وطبيعة إستجابة الشخص لمثيرات البيئة المختلفة، وطريقة إدراكه لها وسلوكه وإتجاهاته ولذلك فإن هناك إرتباط كبير بين طبيعة الشخصية والصحة النفسية، وهنا تشير فاديـة حمام (٢٠٠١م)، إلى إرتباط وثيق بين القلق والشخصية القلقة التي من أهم مظاهرهـا: زيادة الإنتباه، الحذر، الخوف من نتائج السلوك، أخذ الأمور بإهتمام بالغ سواء ما مضى منها وما هو قائم، أو ما هو متوقع في المستقبل. يهدف صاحب الشخصية القلقـة إلـى الوصول بسلوكه إلى المثال كما يتصف بالضمير الحي وتجنب ما من شـأنه أن يخـل بعلاقاته مع غيره والمجتمع، كما يعتبر خروجاً عن القواعد الإجتماعية، كما يتجنب أي سلوك قد يهدد تصوره لنفسه، خاصة المواقف التي تهدد التقدير والاحترام، وأعتبـرت فادية حمام (مرجع سابق)، أن الحالات المرضية للقلق كثيرة التوقع في أولئـك الـذين أتصفوا من صغرهم بشخصية قلقة، وبالرغم من أن الحالة المرضية تأتي على صـورة أضخم ولكنها مماثلة إلى حد ما لخصائص الشخصية القلقة.

القلق ومدارس علم النفس المختلفة:-

لقد تعددت المحاولات لوضع نظريات سببيه تفسر علة الإصـابة بإضـطراب القلق، وفيما يلي تلخص الباحثة بعض آراء مدارس علم الـنفس المختلفـة، الخاصـة بالعوامل والأسباب المرتبطة بظهور القلق.

١. أصحاب المدرسة التحليلية:-

جاء في فهمي (١٩٨٧م) وكمال (١٩٨٩م): فرويد اعتبر أن القلق ينتج عن كبت التجارب النفسية المؤلمة وخاصة الرغبة الجنسية في مرحلة الطفولـة، والهـدف مـن الكبت هو تبديد القلق الناتج عن وجود الرغبة والمانع لها من الوعي، ولكن فرويد عـاد واستقر به الرأي على أن القلق يسبق الكبت، وأنه إشارة أو إنذار لتجنب حالـة تهـدد

النفس بالخطر، ومع هذا التعديل لا يزال فرويد وإتباعه يعلقون أهميـة كبيـرة علـى التجارب الجنسية في الطفولة وأثرها في نشأة القلق.

أما أدلر المذكور في حامد عبد السلام زهران (١٩٩٧م)، فقد أعتبـر أن القلـق الناتج عن شعور الشخص بالقصور منذ طفولته، ينتج عن ضعف الثقة بـالنفس وعـدم الشعور بالأمن، وقد حدد أدلر في البداية القصور العضوي كسبب، ثم عمم ذلك ليـشمل القصور المعنوي والاجتماعي.

أضاف مصطفى فهمي (مرجع سابق)، رأت هورني أن القلق ينتج عـن ثلاثـة عوامل هي:-

١) الشعور بالعجز.
٢) الشعور بالعداوة.
٣) الشعور بالعزلة، وفي ذلك تقول أنه مهما تكن مظاهر القلق وأشكاله فإنها تنبـع من مصدر واحد هو شعور الفرد بأنه عاجز وضعيف، وأنه يعيش وسط عـالم عدائي ملئ بالتناقضات.

تستنتج الباحثة مما سبق أنه بالرغم من وجهات النظر التحليليـة المختلفـة قـد تصلح لتفسر بعض الحالات المرضية فإنها لا تستطيع إستيعاب كـل الحـالات، فمـن الصعب عزو الإضطراب لعامل واحد فقط، كما أن كل الأسس النظرية التـي تعتمـد عليها لم يتم إختيارها تجريبياً وإنما هي إفتراضات لا تقوم على دليل ملموس و تعتمـد على تجارب علاجية محددة وذاتية.

٢. أصحاب المدرسة السلوكية:-

أوضح عكاشة (مرجع سابق)، أن أصحاب المدرسة السلوكية يفـسرون نـشأة إضطراب القلق بأنها عبارة عن إستجابة شرطية مكتسبة، قد تنتج عن القلـق العـادي تحت ظروف أو مواقف معينة، ثم تعمم هذه الإستجابة بعد ذلك، واوضح مثـال لـذلك حالة الخوف المرضي **(Phobia).**

وأضاف محمد السيد عبد الرحمن (٢٠٠٠م)، لقد تم إنتقاد لأصحاب المدرسـة السلوكية بالرغم من إعتمادهم على التجريب العلمي، وبذلك يصبح التعلم الذي تم نموذج قاصر حيث لا يمكن الإعتماد على قوانين التعلم التي تم إستنباطها من سلوك الحيـوان، فالإنسان يتميز سلوكه بالتعقيد والتداخل ولا يمكن إعتبـار سـلوكه كإسـتجابات آليـة

إنعكاسية، كما يحدث للحيوان، فالإنسان موجه بالعقل والقيم الروحية والثقافيـة وهـذه العوامل هي التي تحدد الإستجابة لديه.

٣. أصحاب المدرسة المعرفية:-

أورد ماضي المذكور في عادل عبد الله (١٩٩٩م)، أن أصحاب الإتجاه المعرفي يعتبرون أن القلق والتوتر النفسي يرجع إلى الطريقة التي يصنف بها الـذهن البـشري أحداث الحياة، وهي ما أطلق عليه التقييم المعرفي، أي كيفيـة النظـر إلـى الأحـداث الحياتية وطريقة تأويلها بحيث ينكشف للذهن إمكان وقوع ما لا تحمد عقباه بسبب تلـك الأحداث.

أورد الأزرق بوغلو (١٩٩٣م)، وحسان شمس الـدين (د.ت)، أن الأشـخاص الذين يميلون للقلق والإضطرابات الإنفعالية عادة يميلون إلى إعتناق عدد من الأفكـار اللامنطقية والمعتقدات الخاطئة غير العقلانية، وهي التي تقود لأنواع القلق الذي يعانون منه.

أوضح سليمان الريحاني (١٩٩٥م)، عدداً من الأفكـار والمعتقـدات الخاطئـة منها:-

١) أن الشخصية العصابية تتصرف بطريقة أقل مما تسمح به إمكاناتها.
٢) الميل لأن يكون الشخص محبوباً ومؤيداً من الجميع، وأن لم يحدث فإن الأمـر سيكون كارثة.
٣) المبالغة من خلال إضفاء دلالات مبالغ فيها عند التعامل مع العـالم أو الواقـع وذلك كتصور الخطر والدمار.
٤) التعميم التعسفي من الجزء إلى الكل.
٥) التوقعات السلبية والسيئة وهو ما أطلق عليه اليس **Ellis** التفكير الكوارثي.
٦) الميل إلى أدانه الآخرين عندما تسير الأمور على نحو لا يرغبه الشخص.
٧) التفكير من خلال الثنائيات المتعارضة.
٨) تجنب الصعوبات والمسئوليات بدلاً من مواجهتها.
٩) البحث المستمر عن التأييد والمساندة من الآخرين والحاجة إلى آخر قوي يـردد أفكاره ويحميه.
١٠) الشعور بالبؤس حينما تسير الأمور على نحو لا يريده أو يرغبه.

أعراض القلق:-

ذكر أحمد شوقي وآخرون (١٩٩٩م)، أن أعراض القلق تنشأ من زيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاارادي بنوعية (السيمبتاوي والباراسيمبتاوي)، ومن ثم تزيد نسبة الأدرينالين والنوارديناالين في الدم، ومن علامات تنبيه الجهاز السيمبتاوي أن يرتفع ضغط الدم، وتزيد ضربات القلب، وتجحظ العينان وتزيد نسبة السكر في الدم، مع شحوب في الجلد وزيادة العرق وجفاف الحلق، وأحياناً ترجف الأطراف. أما ظواهر نشاط الجهاز الباراسيمبتاوي فأهمها: كثرة التبول والإسهال، ووقوع الشعر، وزيادة الحركات المعوية مع إضطرابات الشهية والهضم وإضطرابات في النوم. وقد تتضمن قائمة أعراض القلق النفسي عدداً كبيراً من الأعراض التي تكاد تستبدل مع معظم الإضطرابات النفسية، مما جعل البعض يعتبر القلق عرضاً مرضياً وليس إضطراباً مستقلاً بذاته، ولكن وجوده بصورة مستقلة واضحة يستوجب إعتباره إضطراباً مستقلاً.

أوضح بيردالكود وهارف (١٩٨٩م)، أن أعراض القلق أكثر الأعراض المرضية وروداً في الطب النفسي، لذلك فإن هناك من يعتبر أن القلق هو العملية الرئيسية التي تكمن وراء جميع الإنفعالات والإضطرابات النفسية، وأنه المصدر الأول والمركزي لكل إضطراب نفسي، وبالتالي فإن كافة الإضطرابات النفسية ما هي إلا مظهر من مظاهر القلق وتعبيراً مباشراً أو غير مباشر عن وجوده في نفسية المريض.

وأضاف شيهان المذكور في محمد السيد عبد الرحمن (٢٠٠٠م) ، أن أعراض القلق تتكرر في معظمها، وكثيراً ما يعتبر القلق عرضاً ثانوياً لإضطرابات نفسية وجسمية مختلفة ومتعددة، ولكن القلق يظل كإضطراب له أعراضه ومتلازمته السريرية المستقلة عن الإضطرابات الأخرى، وهذا ما أشار إليه كل من الدباغ (١٩٨٣م)، كمال (١٩٨٩م)، وعادل عبد الله (١٩٩٩م)، وفاروق (٢٠٠١م)، حيث قرروا أعراض القلق بما يلي:-

أولاً: الأعراض النفسية: وتتمثل في سرعة الإستثارة، الحساسية المفرطة، صعوبة التركيز وكثرة النسيان، خوف مبهم لا مصدر محدداً له، التوتر وعدم الإستقرار وكثرة الحركة، الخوف من المرض، الخوف من الجنون، فقدان الشهية.

ثانياً: الأعراض الفسيولوجية: وتتمثل في إضطرابات الأجهزة التالية:-

١) الجهاز القلبي الدوري: سرعة النبض، ألم فوق القلب، أرتفاع ضغط الدم، الشعور بالنبض في كل مكان في الجسم.

٢) الجهاز الهضمي: صعوبة البلع، إنتفاخ وعسر الهضم، الغئ، إمساك، إسهال.
٣) الجهاز البولي التناسلي: كثرة التبول، الضعف الجنسي، إضطراب الطمث، البرود الجنسي، سرعة القذف.
٤) الجهاز العصبي: صداع، دوخة أو دوار، رجفة أو رعشة في الأطراف، إتساع حدقة العين، إرتجاف الأطراف.
٥) الجهاز التنفسي: سرعة التنفس، النهجان والربو الشعبي، شعور بالإختناق، فرط في التنفس اللاشعوري.
٦) الغدد الصماء: زيادة إفراز الغدة الدرقية، البول السكري، زيادة هرمون الإدرينالين من الغدة فوق الكلوية.

ثالثاً: الأعراض السيكوسوماتية (النفس جسمية): ويعني بها الأمراض العضوية التي يسببه أو يلعب القلق فيها دوراً هاماً، أو الأمراض العضوية التي تزيد أعراضها عند التعرض لإنفعالات القلق النفسي وأهم هذه الأعراض:-

إرتفاع ضغط الدم، الذبحة الصدرية، جلطة الشرايين التاجية بالقلب، الربو الشعبي، روماتيزم المفاصل، البول السكري، زيادة إفراز الغدة الدرقية، قرحة المعدة والإثني عشر، القولون العصبي، الصداع النصفي، فقدان الشهية العصبي، حب الشباب، الأكزيما، الإرتكارية، البهاق، تساقط الشعر وغيرها.

تستخلص الباحثة مما تقدم كثرة أعراض القلق وإختلاف طبيعتها النفسية والفسيولوجية والجسمية وغيرها، كما تختلف من حيث حدتها ومدى تأثيرها على المصاب بها، ومدى أثرها على أدائه الإجتماعي والوظيفي وغير ذلك، ولكن هذه الأعراض في مجموعها تمثل الحالة النموذجية لإضطراب القلق ولكنها نادراً ما تجتمع في شخص واحد حيث عادة ما تغلب مظاهر أعراض بعينها دون غيرها وذلك وفقاً لإعتبارات ذاتية لدى الشخص أو إعتبارات ظرفية أو بيئية تحيط به.

تشخيص القلق:-

أوضح توماس (١٩٩٤م) **Tomas**، أن التشخيص هو التقييم العلمي الشامل لحالة مرضية محددة، وتتضمن المعلومات والأعراض بنوعيها الكمي والكيفي، ويتم بوسائل متعددة منها الإختبارات المقننة والمقابلة ودراسة الحالة والملاحظة والسجل المدرسي والظروف العائلية والسجل الطبي، ويقوم بتحديد مكانها وطبيعتها ونوعها ودرجة حدتها.

وأضاف بشير الرشيدي (٢٠٠٠م)،، أن القلق تصاحبه أعـراض كثيـرة تكـاد تصيب كافة أجهزة الجسم المختلفة لذلك دعا إلى عدم تشخيص القلق بناء على مجموعة الأعراض التي تظهر لدى الأشخاص المصابين، كما أعتبر أنه لا يجوز التشخيص عن طريق إستبعاد الأمراض الأخرى لتنتهي بالقلق، وقد رأى عكاشة (١٩٩٩م)، ضـرورة إجراء فحص جسمي ونفسي دقيق لمعرفة كون هذه الحالة غير ناجمـة عـن حـالات مرضية عضوية حقيقية كالتسمم بالغدة الدرقية أو التؤرم الرئوي.

أما الفحص النفساني فالتأكد من أن ظاهرة القلق نفسية ومستقلة وليست عرضاً ثانوياً لمرض نفسي آخر كالفصام، وخاصة الفصام المبكر أو فصام المراهقة، وقد إتفق محمد السيد عبد الرحمن (مرجع سابق)، مع عكاشة (مرجع سابق)، إلا أنه إشترط توفر أعراض القلق وكذلك وضوح مصادر القلق بشكل خاص، وذلك مـن خـلال الطـرق الإستقصائية المختلفة ومنها التحليلية والإسقاطية وغيرها.

بالرغم من إتفاقهما مع كل ما تقدم إلا أنهما إشترطا شروطاً إضافية وهي:-

أ) وجود مجموعة الأعراض المذكورة آنفاً لفترة لا تقل عن شهر كامل.

ب) أن تكون الأعراض المذكورة قد بلغت حداً يسبب إعاقة صحية أو اجتماعية.

ج) وجود ظروف أو نمط شخصية يترتب عليها ضغط نفسي كافي لإحداث هذه الأعراض، ويعتبر محك التشخيص الفارق بين القلق الطبيعي والمرضـي، هو شرط الإعاقة الصحية والاجتماعية وبدون ذلك لا يمكن إعتبار القلق إنه يشكل إضطراباً حقيقياً، وحتى يكون التشخيص أكثر تحديـداً، إشـتراطا أن تتوفر على الأقل أربعة أعراض من أعراض القلـق الحـاد، وسـتة مـن أعراض القلق المعمم أو العام لتشخيص المصاب بأي منهما.

مـآل القـــلق:-

أوضح محمد عبد الرحمن حمودة (١٩٩٨م) بأن المآل يتضمن التنبؤ الذي يتحدد على ضوء بداية المرض، وأسبابه وأعراضه، ومكاسبه وفحصه وتشخيصه، وطريقـة علاجه وشخصية المريض، وتوافقه وبيئته وظروف حياته وصحته العامة، وأن عمليـة تحديد المآل تهدف إلى توجيه وتحسين عملية العلاج في ضوء المآل المتوقـع وتحديـد أنسب طرق العلاج لتحقيق أكبر قدر من النجاح.

أضاف أحمد عكاشـة (١٩٩٧م)، ومحمـود حمـودة (١٩٩٨م)، أن مـآل أي أعراض مرض نفسي أو عقلي يكون أفضل في الحالات التالية:-

١) كلما كانت بداية المرض مفاجئة وحادة.
٢) كلما كان ظهور المرض حديثاً ومدته قصيرة قبل بدء العلاج (بستة أشهر).
٣) إذا عرفت الأسباب المهيئة بدقة وعرف سبب معجل واحد.
٤) عندما لا توجد عوامل وراثية في الأسرة.
٥) كلما كانت الأهداف والمكاسب الأولية والثانوية من المرض قليلة.
٦) إذا كان التشخيص دقيقاً.
٧) إذا بدء المريض العلاج مبكراً قبل بدء أي تدهور في الشخصية.
٨) إذا كان العلاج سليماً وبأسلوب الفريق الطبي.
٩) إذا تحمل المريض مسئولياته في العملية العلاجية وكان تعاونه صادقاً.
١٠) كلما كانت الشخصية قبل المرض متكاملة ومرنة وناضجة نسبياً.
١١) كلما كان للمريض تاريخ من التوافق العام الشخصي والاجتماعي والتربوي والمهني والجنسي.
١٢) عندما تكون البيئة الاجتماعية والرعاية الصحية للمريض بعد العلاج أفضل.
١٣) عندما تكون بصيرة المريض بمرضه أفضل.
١٤) عندما يقبل المريض بنفسه طالباً للعلاج.
١٥) عندما تكون ظروف حياته أفضل.

المبحث الثالث

الإكتئاب

تمهيد:-

تتناول الباحثة في هذا المبحث تعريف الإكتئاب لغة، وإصطلاحاً، مفهوم الإكتئاب، أسباب الإكتئاب، أعراض الإكتئاب، تصنيف الإكتئاب، أهم النظريات المفسرة للإكتئاب.

مقدمة:-

عرف مرض الإكتئاب **(Depression)** منذ فجر التاريخ وذكرت أعراضه في كتابات المصريين القدماء والإغريق والبابليين وعند العرب، (ابن سيناء)، وفي الوان الشخصيات المكتئبة التي وردت في مسرحيات شكسبير، وأخيراً في قصص القرنين الثامن عشر والتاسع عشر الرومانسية. أما الأبحاث العلمية التي تناولت هذا الإضطراب فيعود عهدها إلى القرنين الماضيين.

يأتي الإكتئاب بعد القلق من حيث شيوعه كمرض عصابي، إلا أن الطب الحديث لم يتوصل إلى معرفة كافة الأسباب المباشرة والحقيقية للإصابة به، وهو مرض وليس حالة يمر بها الإنسان وله أسباب عضوية مثله في ذلك مثل أي مرض آخر.

أوضح محمد محروس (١٩٩٨م)، بأن الإكتئاب هو إضطراب في الحالة المزاجية يؤدي إلى الحزن والتشاؤم والنظرة القاتمة للنفس وللعالم وللمستقبل، وقد إستعاذ منه الرسول صلى الله عليه وسلم في دعائه حيث قال: (اللهم إني أعوذ بك من الهم والحزن وأعوذ بك من العجز والكسل). والهم يرادف القلق والحزن يرادف الإكتئاب في المصطلح النفسي الحديث.

جاء في الشبكة الدولية للمعلومات (منتدى الإكتئاب)، أن الإكتئاب من أكثر الأمرض النفسية إنتشاراً في العالم حيث يعاني منه ٣٠% من المترددين على عيادات الأطباء النفسانيين، وأن ما يقارب من ١٠% من الناس يصابون بهذا المرض ومعظمهم لا يرجعون إلى الطبيب للتشخيص أو العلاج.

تعريف الإكتئاب:-

لغـة:-

أورد كل من نديم مدغشي (١٩٧٥م)، سليمان الطبراني كما جاء في أحمد عبـد المجيد (١٩٨٥م)، أن المعنى اللغوي للإكتئاب والمشتق من الفعل اكتأب هـو الحـزن والغم والإنكسار وسوء الحال، وأصل الفعل هو كئب كأبا وكأبة وكأبة فهو كئيب وهـي كئيبة وكأباء، ويشتق منه الفعل أكأب أي حزن ووقع في التهلكة. لـذلك جـاز لغويـاً إستخدام مصطلح الإكتئاب والكأبة والكأب والكأبة كمترادفات تحمل ذات المعنى.

إصطلاحـاً:-

أوضح كامبل (١٩٨٠م)، **Cambell** ، أن الإكتئاب يشير إلى زملـة أعـراض إكلينيكية، تشتمل على الإنخفاض المزاجي ووجود مشاعر الإستياء المؤلمـة وصـعوبة التفكير مع تأخر حركي نفسي. وقد يختفي التأخر الحركي النفسي إذا كان الفرد يعـاني من القلق أو الوساوس.

للإكتئاب تعريفات كثيرة أذكر منها:-

عرفه سعد عبد الرحمن (١٩٩٤م)، بأنه هو الحالة التي يعاني فيها الفـرد مـن مزاج منقبض، وفقدان الإهتمامات والمتعة والترفيه عن النفس، وإنخفاض فـي الطاقـة يؤدي إلى زيادة التعب وخمود النشاط.

كما عرفه محمد محروس (١٩٩٨م)، بأنه هـو حالـة مـن فقـدان الحيويـة والإهتمامات، ونقص الطاقة والشعور بالتعب، والإنسحاب من النـشاطات الإجتماعيـة والوظيفية وتمني الموت أحياناً.

وأضاف محمد عبد الرحمن حمودة (١٩٩٨م)، بأنه هو تركيب مفرد من الشقاء والتعاسة والضيق والتدهور الصحي الذي يحدث أحياناً بصورة تلقائية، أو يحدث بحـدة في الإستجابة لكارثة شديدة.

وفي هذا الإطار إتفق كلاً من أحمد شوقي وآخرون (١٩٩٩م)، ومحمـد الـسيد عبد الرحمن (٢٠٠٠م)، إتفقوا على أن الإكتئاب هو حالة من الحزن الـشديد المـستمر تعبر عن شئ مفقود نتيجة الظروف الأليمة، وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه.

وقد تضمنت تلك التعريفات العناصر التالية:-

١) أن الإكتئاب إضطراب وجداني مزاجي يتميز بغلبة الحزن والغم.

٢) المبالغة في الإنفعال إستجابة للمثيرات المختلفة.
٣) أنه مصحوب بأعراض نفسية وجسمية عديدة.
٤) يحدث نتيجة لعوامل وأسباب شخصية وبيوكيمائية ووراثيـة وضـغوط الحيـاة المختلفة.

تخلص الباحثة من تلك التعريفات إلى أن الإكتئاب هو: حالـة مزاجيـة تتـسم بالثبات النسبي يغلب عليها الحزن والإنقباض، بما لا يتناسب مـع الواقـع ويـصحبها أعراض نفسية وسلوكية وعقلية وجسمية، وذلك نتيجة لأسباب ذاتية وبيئية، وإنخفـاض في النشاط الذهني والنفسي، وضعف الإهتمام بالأمور الشخصية والاجتماعيـة وكـره الحياة وتمني الموت أحياناً، والباحثة إذ ترى أن هذا التعريف هو الأنسب، فـذلك لأنـه يتضمن كافة العناصر المضمنة في تعريفات العلماء السابقة فهو بذلك شامل، كما أنـه يضيف عنصراً هاماً وهو عنصر الدوام والثبات النسبي، فلا تعتبر حالة الحزن العابرة حالة إكتئابية.

مفهوم الإكتئاب:-

الإكتئاب كحالة من الشعور لون من ألوان المزاج، قد يشعر بهـا الفـرد ولـو بصورة مؤقتة وعابرة في حياته، أن الإنسان الطبيعي لديه القابلية لإدراك أحداث الحياة والشعور بها كمثيرات تبعث على اللذة والسعادة، أو على النقيض تبعث علـى الحـزن والإنقباض والألم، وأن خير التجربتين ضرورة لإستمرار الحياة والنمـو الـسليم فـي إتجاهاته المختلفة. بذلك الشعور بالحزن والكأبة بحد ذاته لا يعتبر مـشكلة إلا عنـدما يزداد الشعور به عن الحد الطبيعي والواقعي كإستجابة لمتغير واضح ومحدد.

وفي هذا الإطار أوضح كمال (١٩٨٩م)، أن الشعور بالحزن والكأبة لا يعتبـر مشكلة إلا عندما يزداد الشعور به عن الحد المنطقي الواقعي الذي يؤدي إلى عدم القدرة على الإحتمال ويؤثر سلباً على أداء الفرد وتمتعه بالحياة ومباهجها ويعيق توافقه النفسي والاجتماعي.

ويتفق سعد عبد الرحمن (١٩٩٤م)، مع هذا الرأي حيـث يعتبـر أن الـشعور بالإكتئاب لا يشكل مرضاً بحد ذاته إلا إذا زادت مدته وشدته عما يعتبر طبيعياً في مثل ظروفه، ومرافقته أعراض في التفكير والسلوك والجسم تؤثر في مجملها علـى فعاليـة الفرد وقدرته على التكيف.

وأضاف حسن مصطفى عبد المعطي (١٩٩٨م)، إن الحزن يتحول إلى إكتئاب حينما يؤثر على الفرد وتصبح علاقته سلبية مع مكونات محيطة الطبيعي والاجتماعي ويكون غارق في إنفعالات تغمره وتعزله تدريجياً عن واقع الحياة وتنعكس آثارها جلية على أنماط تفكيره وسلوكه، وفي هذه الحالة فإن الشخص يشوه واقعه فيدرك الأحداث بطريقته الخاصة، وتبدو له الحقيقة متمثلة بالواقع الذاتي وحده، وليس بالواقع الموضوعي، مما يجعل من حياته أكثر إنعزالاً وصعوبة، فتتميز إستجابته بشعورين مميزين هما الشعور بالحزن والبؤس والتعاسة، والشعور بالعجز والإنهاك.

هنالك تعارض في الآراء والإتجاهات نحو تفسير الإكتئاب، ولكن معظمهم يؤكدون أن كافة مفاهيم الإكتئاب تضمنت الدلائل الضرورية لكي تجعل منه إضطراباً نفسياً في المقام الأول، وقد أشار الحجار وهولمز **Holmes** المذكوران في محمد عبد المجيد (١٩٩٧م)، إلى أن مصطلح الإكتئاب يستخدم للدلالة على ثلاثة مفاهيم أساسية هي:-

١) المزاج المضطرب، ويظهر فيها الحزن الشديد واليأس نتيجة لإحباط وفشل.
٢) الإكتئاب كمتلازمة **Syndrome** وتتضمن المزاج المضطرب وكافة أعراض الإكتئاب الوظيفية والبدنية.
٣) الإكتئاب كمرض بما فيه متلازمة الأعراض البدنية بالإضافة إلى مشاعر العجز واليأس التي تصيب المريض وتقعده عن أداء واجباته وأعماله اليومية جزئياً أو كلياً.

تستخلص الباحثة بأنها تفضل إستخدام مفهوم متلازمة بالمعنى الذي أورده محمد عبد المجيد (١٩٩٧م)، والذي يعني مجموعة من الأعراض والعلامات التي تشكل في مجملها صورة سريرية معينة، وبالتالي فإن مفهوم الإكتئاب الذي تتبناه الباحثة في هذه الدراسة تتلخص في أعراض متلازمة إضطراب الإكتئاب النفسي كما يقيسه مقياس القلق والإكتئاب العيادي، هادس **(HADS)**.

معدلات وإحصاءات الإكتئاب:-

وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية والعقلية الرابع **(DSM, IV)** ١٩٩٤م، والذي تصدره الجمعية الأمريكية للطب النفسي، أن الإكتئاب من الأضطرابات البالغة الإنتشار والتي تحتاج إلى علاج، ويتراوح إنتشاره من ٢% في تايوان **Taiwan** إلى ٥% في أمريكا وفوق ١٥% في فرنسا ولبنان.

كما أوضح شابرول المذكور في لابيرج (١٩٩٣م)، صعوبة تحديد نسبة محددة ودقيقة لإنتشار الإكتئاب، وذلك لندرة الدراسات المسحية الوبائية التـي أجريـت علـى المستويات القومية للإضطرابات النفسية عموماً بالأخص الإكتئاب.

تصنيف الإكتئاب:-

ورد في دليل التصنيف التشخيصي والإحصـائي للأمراض العقليـة **(DSM, IV)** عـام ١٩٩٤م **(American psychiatric diagnostic statistcal manual for mental disorder)** أن الإكتئاب يصنف ضمن أضطرابات المزاج وهي:-

١) نوبة الإكتئاب الأساسي.
٢) نوبة الهوس (النوبة المختلطة).
٣) نوبة الهوس الحقيقي.
٤) الإختلالات أو الإضطرابات المزاجية، (الإضطرابات الإكتئابيـة والإخـتلالات **(Mood disorder** ثنائية القطبية، والإختلال المزاجي الذي يرجع لحالة طبيعية عامة.
٥) الإختلال المزاجي الذي يقع لتأثير مادة أو عقار.

كما ورد في التصنيف العالمـي العاشر للإضطـرابات العقليـــة والـسلوكية **(World Health International Classification of Mental and Behavioural Disorder) (I C D,10)**، يصنف الإكتئاب ضمن إضطرابات المزاج وهي:-

١) نوبة الإكتئاب الخفيف.
   - بدون أعراض جسمانية.
   - مع أعراض جسمانية.
٢) نوبة الإكتئاب المتوسط.
   - بدون أعراض جسمانية.
   - مع أعراض جسمانية.
٣) نوبة الإكتئاب الحادة بدون أعراض ذهانية.
٤) نوبة الإكتئاب الحادة مع أعراض ذهانية.
٥) نوبات إكتئابية أخرى.
٦) نوبة إكتئابية غير مصنفة.

تقول الباحثة تعددت المحاولات لتصنيف الإكتئاب إلى صورة مرضية محـددة، ولذلك وفقاً لأسس قياسية ومتشابكة، لذا لا يتوفر أي إجماع أو إتفاق على تصنيف محدد وثابت. وعلى الرغم من هذا التباين لا يوجد تعارض أو تناقض، وأنه بالإمكان الجمـع بينهما. وتوقفت الباحثة من خلال إستقراءها التصنيفات المختلفة على إتجاهين رئيسيين تنتظم فيها تلك التصنيفات برغم مسمياتها وإصطلاحاتها، وهذين الإتجاهين هما:-

أولاً: التصنيف حسب السبب، يورد محمد قطب (١٩٨٠م)، نعيم الرفاعي (١٩٨٢م)، أن الإكتئاب يصنف إلى ثلاثة أنواع:-

١) إكتئاب عضوي: يحدث بعد الإصابة بمرض عضوي.
٢) إكتئاب داخلي: منشأه داخلي ويرجع إلى أسباب تكوينية وراثية.
٣) إكتئاب نفسي، حيث يكون المنشأ نفسياً إستجابة لظروف خارجية.

وأضاف محمد السيد عبد الرحمن (مرجع سابق)، أن تصنيف الإكتئاب حـسب السبب يتضمن:

١) الإكتئاب التفاعلي الإستجابي: ويحدث كرد فعل لأحداث الكرب والضغوط التي يعيشها الفرد.
٢) الإكتئاب الشرطي: وهو إكتئاب يرجع مصدره إلى خبرة صادمه ويعـود إلـى الظهور بظهور خبرة مماثلة للخبرة السابقة.

ثانياً: التصنيف حسب الأعراض، ويتضمن هذا الإتجاه مظاهر رئيسية وهي:-

١) الضيق الإكتئابي حسب العرض الغالب: حيث أورد زهير السباعي (١٩٩٩م)، أنه نظراً للمدى الواسع الذي قد تتباين فيه أعراض الحالات المرضية تـصنف حالات الكآبة تبعاً لوضوح مجموعة أو أخرى من الأعراض ومن ذلك ما أورده فتحي مصطفى الزيات (٢٠٠٤م)، من مسميات منها:-

أ) الإكتئاب القلقي: حيث يظهر الإكتئاب بأعراض مختلفة، ولكن يغلـب عليـه القلق حيث لا يستطيع الفرد البقاء ساكناً، أو في مكان واحداً فتـرة طويلـة، ويرأى أن الإكتئاب في هذه الحالة يعمل كآلية عقلية لإخفاء القلـق، لكنـه لا يقوى على ذلك فتظهر بعض مظاهر القلق.

ب) الإكتئاب الإنزعاجي: ويدعى أيضاً بإكتئاب القلق المنـزعج، حيـث تختفـي مظاهر الإكتئاب وراء أفعال غير مثمرة ولا تستهدف غاية محدددة ومفيـدة، وتكون تلك الأفعال أو النشاطات تعبير عن الإنزعاج.

ج) الإكتئاب السايكوسوماتي: وذلك حين تغلب على الإكتئاب الأعراض النفسجسمية.

د) الإكتئاب الإنفعالي: ويستعمل هذا المصطلح للدلالة على حالة الإكتئاب، حيث يكون الإنفصال العاطفي مظهراً بارزاً في الحالة المرضية.

هـ) الإكتئاب الإنسحابي الإنحلالي: وهو نوع من الإكتئاب يطلق عليه في الحالات الذهانية (المانخوليا)، وتتميز أعراضه بمظاهر القلق المصحوب بالشكوك، والأفكار الوهمية التي لا تستند إلى حقيقة واقعية.

و) الإكتئاب التأخري: وذلك حين يكون العرض الغالب هو البطء أو التأخر النفسي الحركي والذهني، وقد يطلق عليه الإكتئاب الذهولي.

ز) الإكتئاب المقنع: وهو إصطلاح جديد يطلق على الحالات الإكتئابية التي لا تظهر معالمها المرضية بوضوح على المريض، وعادة ما تكون خفيفة السوة ولا تستدعي الإهتمام، وقد تختفي وراء الشعور بالقلق أو الوسواس أو الأعراض الجسمية المختلفة.

صنف أحمد عكاشة (١٩٩٧م)، الإكتئاب حسب شدة الأعراض، إلى خمسة أنواع: -

١) الإكتئاب البسيط.
٢) الإكتئاب الحاد أو الشديد.
٣) الإكتئاب الذهولي.
٤) الإكتئاب الهائج.
٥) الإكتئاب الهادي.

أما محمد السيد عبد الرحمن (مرجع سابق) قد أعتبر أنواع الإكتئاب حسب الشدة تنقسم إلى ثلاثة وهي: -

١) إكتئاب خفيف.
٢) إكتئاب متوسط.
٣) إكتئاب شديد.

وتورد الباحثة أن بالرغم من كثرة التصنيفات التي تم عرضها، إلا أن هنالك تصنيفات أخرى لم يتم إيرادها، وهي: تصنف الإكتئاب إلى نوعين، عصابي، وذهاني، ويرى كمال (مرجع سابق)، أن الفرق بينهما يكمن في الفرق بين العصاب والذهان.

فهما يشتركان في أعراض كثيرة أبرزها المزاج الحزين، ولكن لدى المرضى بالإكتئاب الذهاني توجد إضطرابات عقلية واضحة كالضلالات والهـلاوس الـسمعية والـشمية وغيرها مع شدة في الأعراض عن الإكتئاب العصابي.

تستخلص الباحثة من عرضها لكل أنواع التصنيفات التـي إهتمـت بتـصنيف الإكتئاب، إن هذا الإهتمام بتلك الظاهرة ليس جديداً ولا حكراً على مدارس علم الـنفس الحديثة، جاء في الزبير بشير طه (مرجع سابق)، أن أبو زيد البلخي قد صنف الحـزن (الإكتئاب) إلى نوعين:-

١) الحزن الذي يحدث جزءاً من الحياة العادية ولا تخلو منه (هذه الدنيا لأنها دار لا تخلو الأحزان). وهو حزن (لا يعدم الإنسان صبره.. ولا إلى دفعه سبيل)، وهذا ما يشار إليه حالياً بالإكتئاب الطبيعي (Normal Depression). وهو ليس من قبيل الأمراض ولا يحتاج إلى رعاية طبية.
٢) الحزن الذي يهمه كطبيب (غير أنه إنما نريد.. من ذكر.. الحزن في هذا الموقع ما قرب من الإنسان.. فأقلقه وأعدمه الصبر). وهذا بدوره ينقسم إلى نـوعين.. معروف السبب، ومجهول السبب.

وهذان ينطبقان بكـل تأكيـد علـى التـصنيفات المعاصـرة للإكتئـاب الـداخلي (Endogenous Depression)، والإستجابي (Reactive Depression)، وتتأكد هذه المقابلة بين تصنيفات البلخي والتصنيفات المعاصرة بأكثر من وجه فالحزن المعـروف السبب ينشأ من فقد محبوب أو تعذر مطلوب، وأما الحزن المجهول السبب عنـده فهـو (يرجع إلى الأعراض البدنية.. وحيلة دفعه..من طريق العلاج الجسماني.. من الأغذية والأدوية)، وهذا ينسجم مع الإتجاهات المعاصرة في علاج وتشخيص هذا النـوع مـن الإكتئاب كما ورد في (DSM IIII987).

كما أورد أسعد الأمارة (د.ت)، في شبكة المعلومات الدولية، أنـواع النوبـات الإكتئابية الأكثر شيوعاً لدى المرضى المصابين بالأمراض العضوية هي:-

١) الإكتئاب الكبير.
٢) الإكتئاب الذهاني، عادة ما يعاني المريض من أعـراض ذهانيـة (الهـلاوس، الضلالات).
٣) إضطرابات الضغوط واليأس.
٤) الإكتئاب المركب وأعراضه:

- صعوبة في النوم.
- فقدان الإهتمام والمتعة بالأشياء
- شعور بالذنب وفقدان القيمة
- فقدان الطاقة والتعب الدائم
- صعوبة في التركيز والتفكير وإتخاذ القرارات
- تغيرات في الشهية
- بطء وتدهور حركي ملحوظ.

٥) الإضطراب الوجداني الموسمي: سمى بهذا الأسم لأن النوبة الإكتئابية تحدث في نفس الفصل من كل عام، وتتشابهة أعراضه مـع أعـراض الإكتئـاب عامـة والأعراض الشتوية تختلف عن الأعراض الصيفية.

الأعراض الشتوية:-

الإرهاق، رغبة عالية في النوم، تدني مستوى الطاقة، زيـادة الـشهية، زيـادة الوزن، صعوبة في التركيز رغبة عالية في الإنعزال.

الأعراض الصيفية:-

فقدان الوزن، صعوبة في النوم، إنخفاض الشهية.

٦) الإضطراب الوجداني ثنائي القطب **Bipolar disorder** تختلف شدة الأعـراض من فرد لأخر وأحياناً في الفرد ذاته من فترة لأخرى، ففي النوبة الهوسـية قـد يشعر المريض بالتفاؤل والسعادة العامة والإثارة، والتحول السريع والمفـاجئ من المرح إلى الغضب، التصرف بطريقة غريبة مع وجود إعتقادات خاطئـة، التململ، التحدث بسرعة، الكثرة في الطاقة، عدم النوم، دافعية جنسية زايدة.

العوامل والأسباب المرتبطة بظهور الإكتئاب:-

تنوعت النظريات والآراء التي حاولت تحديد أسباب الإكتئاب، وشأن الإكتئـاب في ذلك شأن بقية القضايا النفسية الأخرى، على الرغم من أن مرض الإكتئاب هو أكثر الأمراض النفسية والعضوية إنتشاراً إلا ان الطب الحديث لم يتوصل إلى معرفة كافـة الأسباب المباشرة والحقيقية للإصابة به، ولكن توجد نظريات وملاحظات تـدل علـى بعض أسبابه.

ذكر الشربيني المذكور في فتحـي (١٩٩٣م)، أن هنالـك بعـض النظريـات والإفتراضات التي يتحدث بعضها عن أسباب الإكتئاب، ويرى أن حالة لفرد واحد مـن حالات الإكتئاب، هي موضوع مستقل بذاته لا ينطبق عليها بالضرورة ما ينطبق علـى

الآخرين، وبالتالي يجب النظر إليها على أنها حالة خاصة. على الرغم من ذلك لا ينفي وجود أسباب عامة متعددة ومتداخلة ومتفاعلة، وأهم هذه العوامل هي:-

١. العوامل الوراثية:-

أوضح أحمد عكاشة (١٩٩٨م)، تشير بعض الدراسات إلى أهمية العامل الوراثي في نشأة الإكتئاب وذلك من خلال موروثات سائدة ذات تأثير غير كامل، وهي عوامل تفوق ما وجد في الفصام، حيث إتضح أن نسبة الإصابة بالإضطرابات الوجدانية بين التوائم المتشابهة تصل إلى ٦٥% وبين التوائم المتأخية حوالي ١٤%، وتقل نسبة الإصابة بين أفراد العائلة.

وأشار الشربيني (مرجع سابق)، إلى زيادة حدوث الإكتئاب في أقارب الدرجة الأولى للمريض، كما أن عدد الأفراد الذين يعانون من الإكتئاب داخل أسرة المريض يزيد بمقدار ثلاثة أضعاف عن الأسر العادية. كما يلاحظ الإرتباط بين الإكتئاب وبعض الإضطرابات الأخرى لدى أفراد الأسرة مثل الفصام والصرع والتخلف العقلي.

وأضاف عادل عبد الله محمد (١٩٩٩م)، ، أن الوراثة تلعب دوراً في (١٠ – ١٥%) من حالات الإكتئاب، وأن هذا الدور يعطي الإستعداد للإصابة ولا يشكل سبباً مباشراً لها.

أورد القريطي (١٩٩٨م)، أن نتائج دراسة منظمة الصحة العالمية التي أشار إليها الباحث سارتو ريوسي وآخرون (١٩٩٦م)، قد كشفت وجود إضطراب وجداني لدى أقرباء مرض الإكتئاب في ٢٨,٣% من حالات الإكتئاب داخلي المنشأ.

وأشار سعد عبد الرحمن (١٩٩٩م)، إلى إختلاف وتباين نتائج الدراسات في دور الوراثة على الإكتئاب، وخاصة على التوائم المتشابهة، حيث يورد أن دراسة كوعان (١٩٥٠م)، أوضحت وجود أعراض إكتئاب بنسبة تفوق ٩٥% من حالات التوائم المتشابهة، في حين دراسة هارفالد (١٩٦٥م)، لم تتجاوز نسبة ٥٠% لدى التوائم المتشابهة أيضاً. وهذه الفروق تبدو واضحة عند المقاربة بين هذه الدراسات. ولذلك فقد إستبعد سعد عبد الرحمن، أن يكون للعوامل الوراثية دور واضح وكبير في ظهور الإكتئاب، وفي هذا يتفق معه أحمد عكاشة (١٩٩٨م)، على ضعف تأثير العوامل الوراثية إذا عممت مقارنتها بالعوامل الأخرى.

ومن هنا يتضح للباحثة أنه بالرغم من تأثير العوامل الوراثية في نشأة الإكتئاب فإنها تحتاج إلى المزيد من الدراسات والبحوث، لتحديد دورها النسبي في ظهور الإكتئاب.

٢. العوامل التكوينية:-

أوضح سليمان ريحاني (١٩٩٥م)، تشير نظرية الأنماط إلى وجود إرتباط بين التكوين أو النمط الجسماني والسمات الشخصية والإضطرابات النفسية، وتحديد وجود إرتباط بين نشأة وظهور الإكتئاب وأصحاب البنية المكتزة أو البدينة.

وإختلف معه أحمد عكاشة (١٩٩٨م)، في الرأي حيث قال: أن العوامل التكوينية الجسمانية تفتقر في تحليلاتها إلى العلمية والموضوعية الداعمة لهذا الرأي، حيث أن العوامل النفسية والإنفعالية والاجتماعية وغيرها، تؤثر في الشخص بغض النظر عن تكوينه الجسماني.

٣. العوامل العضوية والفسيولوجية:-

ذكر محمد السيد عبد الرحمن (مرجع سابق)، أن العوامل العضوية والفسيولوجية ترتبط بعمل الغدة الصماء والجهاز العصبي، وتفاعلات كيمياء الجسم، حيث أشارت بعض الدراسات إلى وجود علاقة بين الإكتئاب والتغيرات التي تحدث في بيوكيمياء الجسم، وقد تأكدت علاقة التأثير بين الإنفعال ونظم الهيموستازيا.

وأوضح أحمد عكاشة (١٩٩٨م)، فاروق السيد (١٩٩٨م)، عدداً من المظاهر التي تؤكد إرتباط الإكتئاب بالعوامل العضوية والكيميائية ومن أبرزها:-

١) تزيد الأعراض الإكتئابية أثناء الطمث وفترة ما قبل الطمث عند النساء، وهذه الفترة تصاحبها تغيرات واضحة في الهرمونات الجنسية.
٢) يتوقف الطمث أو يضطرب بشدة أثناء نوبات الإكتئاب، كما تبدأ أو تزيد النوبات الإكتئابية في سن اليأس حين يتوقف نشاطات الهرمونات الجنسية.
٣) يصاب مرض المكسيديما (نقص إفراد الغدة الدرقية) بأعراض إكتئابية شديدة في حوالي ٤٠% من الحالات.
٤) وجود نسبة مرتفعة من الصوديوم تزيد ٥٠% عن الطبيعي لدى المرضى المكتئبين تعود إلى طبيعتها بعد الشفاء من المرض.

تستلخص الباحثة أن هنالك علاقة سببية ما بين الإكتئاب والعوامل العضوية والفسيولوجية، وإن معرفة أثر هذه العوامل أدى إلى تطور الطب النفسي وتطوير أدوية

وعقاقير مضادة للإكتئاب، ثبت أثرها الإيجابي في تخفيف أعراض الإكتئاب لدى الكثير من الحالات بأنواعها المختلفة.

٤. العوامل النفسية والبيئية:-

أشار عدد من العلماء منهم: أحمد عكاشـة (١٩٩٨م)، سـعد عبـد الـرحمن (١٩٩٩م)، إلى عدد من العوامل النفسية والبيئية التالية:-

١) يرتبط الإكتئاب مباشرة بخبرات التكيف الفاشلة، والكوارث والأحداث المحزنـة والمفاجآت عند الفقدان البشري أو المادي، فضلاً عن التراكمات الإنفعالية التـي تعقب خيبات الأمل في علاقات الحب والجنس والزواج والعمـل، والعلاقـات الاجتماعية وما تنتجه من نزوع نحو العزلة والإنطواء وتأنيب الضمير.
٢) يأتي الإكتئاب كوسيلة لعقاب النفس بسبب الشعور بالـذنب، عنـدما لا يحـب الإنسان نفسه، أو نتيجة لكبت الكراهية في اللاوعي أتجاه من يجب أن يحب.
٣) سطوة الأنا العليا بدرجة قاسية وشديدة وغير متسامحة لدى المكتئبين.
٤) يحدد مناخ البيئة الأسرية ونمط التربية فيها إلى حد بعيد ردود الأفعال الإنفعالية وسبل تصريفها، وقد أوضحت الدراسات العلاقة بين معاملة الأسـرة القاسـية المتسلطة أو المهملة، وأشكال الحرمان المعنوية والمادية بين المكتئبين.
٥) يعتبر فقدان المكانة الاجتماعية وغياب الدور الاجتماعي الفاعل والمقبول مـن العوامل الضاغطة التي يمكن رصدها عند تشخيص الإكتئاب، خاصة في سـن الشيخوخة وفي المجتمعات الغربية أكثر من مجتمعاتنا.
٦) الإستعداد الذاتي للإصابة بالإكتئاب، حيث يفترض وجود هذا الإستعداد في كـل فرد بدرجات متفاوتة، ويكون هذا الإستعداد في أقصى درجاته، عنـدما تحـدث الكآبة بصورة تلقائية محضة، هذا الإستعداد يمكـن ملاحظتـه ورصـده عنـد إستعراض خصائص الشخصية الإكتئابية، والتي عادة ما تكون مهيأة أكثر مـن غيرها للإصابة به.

الشخصية قبل الإضطراب:-

تلعب الشخصية دوراً هاماً في تكوين الإستعداد للإصابة بالإضطرابات النفـسية عامة، وفي هذا الصدد أورد عدد من العلماء بعض الخصائص والسمات الشخصية التي تساعد على نشوء الإكتئاب.

أوضح كاظم والي أغا (١٩٨٨م)، بشير الرشيدي (٢٠٠٠م)، تتصف الشخصية الإكتئابية بأنها من النوع الذي يغلب عليه تغلب المزاج، كما تميل إلى الإنطواء، والعجز والسأم وكثرة القلق والغيرة والحساسية الشديدة، ولا تمثل مصدر دعم للآخرين، وهـي بحاجة ماسة للتدعيم الاجتماعي، كما تتسم بـضيق الإهتمامـات، ونمطيـة العـادات، والجمود، والتردد، والخوف، وعدم التوافق الجنسي، والشعور بعدم القدرة على الإبداع والعمل، والتشاؤم، ويتميز بإرادة ضعيفة لا تستطيع مواجهة متطلبات الحياة المختلفـة، لذا فهي غير قادرة على تحمل المشقة والضغوط، وتنظر إلى نفسها نظرة دونية، تصبغ تفكيرها بالعجز والإستلام.

تفسير الإكتئاب من وجهة نظر بعض مدارس علم النفس:-

لقد تعددت الآراء والنظريات النفسية التي تناولت تفسير الإكتئاب وتحديد أسبابه، ومن هذه النظريات.

١. تفسير الإكتئاب على ضوء نظرية التحليل النفسي:-

ذكرت ليندا دافيدوف، كما أورده سيد الطواف وآخرون (١٩٨٨م)، أن الإكتئاب ينطوي على نكوص للمرحلة الفمية، نتيجة للإفراط أو التفريط في عملية الإشباع خلال تلك المرحلة، وذلك يؤدي إلى عدم نضج الأنا بالقدر الكافي، مما يزيد من التمركز حول الذات والتناقص الوجداني نحو الحب المفقود والنغمة إليه، بالرغم من الحاجة الـشديدة إليه، وبعد عمليات الكبت والإبدال تتحول النغمة إلى الذات، فيميل إلى إتهامها والحـط بها، وربما قتلها وذلك لإعتقاده بأن قتلها بمثابة قتل الآخر (الفقيد) الذي إندمج في النفس وأصبح جزءاً منها.

أضاف القريطي المذكور في الرشيدي (١٩٨٩م)، وأحمد عكاشـة (١٩٩٨م) أن نموذج التحليل النفسي وخاصة آراء فرويد تتعرض للكثير من النقد لإعتمادها على فهم غير علمي في تقرير مسلماتها، وإرتكازها على الجنس بصورة متعـسفة فـي تفـسير السلوك، فلا يمكن تفسير إستجابات الإنسان بالرجوع إلى خبرات الماضـي والطفولـة فحسب، حيث أن الإنسان تتجاذبه الكثير من العوامل الشخصية والبيئية مـن الماضـي وفي الحاضر، وهذه العوامل تتفاعل معهـا الجوانـب النفـسية والإنفعاليـة والعقليـة والغرائزية والاجتماعية لدى الإنسان، مما يحدد طريقة الإستجابة والسلوك بنـاء علـى مجمل تفاعلات هذه العوامل المختلفة.

جاء في فاطمة الزهراء (٢٠٠١م)، أن المدرسة السيكودينامية قد ركزت على النظر إلى الإكتئاب على أنه غضب موجه داخلياً نحو الذات في أعقاب فقدان حقيقي أو جزئي (غضب لا شعوري)، غير أن مجموعة كبيرة من الدراسات أثبتت أن كمية العدوانية لدى حالات الإكتئاب ليست عالية، في حين أن الإكتئاب يرتبط بالفشل بصورة أكبر من إرتباطه بالعدوان.

تفسير الإكتئاب على ضوء المدرسة السلوكية:-

وضح ولبي المذكور في مارين (١٩٩٨م)، إن أصحاب المدرسة السلوكية يروا أن الإكتئاب مكتسب (متعلم)، شأنه شأن أي سلوك آخر، ويمكن تفسيره على أساس من نظريات الإشراط الكلاسيكي، أو الإشراط الإجرائي، أو التعلم الاجتماعي، وفي الإشراط الكلاسيكي فإنه لما كان من شأن تغيرات معينة (مشروطة) أن تولد إستجابات إنفعالية (مشروطة)، فإن الأفراد يتجنبون مواجهة هذه المثيرات. أما في الإشراط الإجرائي فإن المدافعين عنه يرون أن نوع ومعدلات الأحداث البيئية هي العوامل الأساسية للمرض، وأن الإكتئاب قد ينتج عن أحد المواقف التالية:-

١) معدلات متخصصة من التدعيم (التعزيز).
٢) معدلات عالية من العقاب.
٣) إستبعاد المثيرات المميزة لنتائج الإستجابة (التدعيم) أي الأخطاء.

ذكر كمال (١٩٨٩م)، أن السلوكيين قد رأوا أن الإكتئاب ناتج عن تكرار التجارب المؤلمة التي تعرض لها الطفل في صغره، مما يوجد حالة تطبع بالمزاج المكتئب، مما يمكن إستثارته في الكبر، خاصة إذا كانت التجارب مشابهة كتجارب الصغر، إلى أن الإكتئاب لدى السلوكيين يتم إكتسابه من خلال عمليات التعليم الخاطئة، حيث يكسب بدلاً من الصفات الإيجابية أخرى سلبية، كما يعزون الإكتئاب أيضاً إلى نقص المعززات في حياة الفرد، وغياب التدعيم الذي يؤدي إلى الإحباط والشعور بالفشل.

أن النموذج السلوكي يواجه العديد من الإنتقادات، أهمها أنه لا يصلح تفسير سلوك الإنسان المعقد والمتشابك، والذي تتداخل فيه العوامل المختلفة، والمحكوم بعوامل ثقافية وروحية، وذلك خلافاً لسلوك الحيوان البسيط.

تفسير الإكتئاب على ضوء المدرسة البيولوجية:-

أوضح كروستشايناد **Krutschnild** المذكور في محمد السيد (٢٠٠٠م)، يعزو أصحاب هذه المدرسة الإكتئاب إلى خلل في كيمياء المخ، وبصفة خاصة المواد الخاصة بالتوصيل العصبي مثل النيروبنفرين والسيرونيتين، حيث يعملان على نقل السيال العصبي بين الأعصاب عبر الوصلات العصبية، ويبدو أن هاتين المادتين تتركزان في الجهاز العصبي الطرفي، وأضافوا أن النقص في النيروبنفرين يقترن بالإكتئاب. ويرى صولمون وبيك، كما ورد في عادل مصطفى (٢٠٠٠م)، أن النظريات البيولوجية لا زالت تعتمد في جانب كبير منها على الدراسات الإرتباطية التي لا تقدم إجابة على التساؤل، هل التغيرات في فيزيولوجيا المخ هي التي ينتج عنها الإكتئاب، أو أن الإكتئاب هو الذي ينتج عنه التغيرات في فيزلوجيا المخ؟؟.

تفسير الإكتئاب على ضوء المدرسة المعرفية:-

أن طريقة إدراك الشخص لأحداث الحياة هي التي تؤدي به إلى الإكتئاب، وليست الأحداث نفسها، حيث يشير كل من أليس **Ellis**، باندورا **Pandura** المذكورين في محمد عبد المجيد (١٩٩٧م)، إلى أن الإستجابة تتحدد نتيجة لطريقة إدراك الحادثة المسببة لها، وأن الطريقة التي يفسر بها تلك الأحداث أكثر تأثيراً على الشخص من وقوع الحادثة، حيث يرتبط في الأذهان الشعور بالعجز وعدم القدرة، ومن ثم يتكون لدى الشخص بنية معرفية تصدر أحكامها وتفسيرها للنجاح والإخفاق ضمن نطاق حكمه على حجم قدراته، وعادة ما تكون دون قدرته الحقيقية. مما يجعله عرضه لمشاعر التشاؤم والياس والعجز الذي أطلق عليه سيلقمان (١٩٩٩م)، **Seligman** (العجز المتعلم)، حيث أن كل فقدان حقيقي أو متوقع هو بالنسبة للشخص بالغ السلبية، كما أنه دائم وغير قابل للتعويض. وكما يرى أليس **Ellis**، إن طريقة التفكير تتسم بالكوارثية، كما أن هذه البنية المعرفية تزداد وطأتها على المكتئب حتى تعيق قدرته على إختبار الواقع بصورة موضوعية. وقد أشار أحمد عكاشة (١٩٩٨م)، إلى أن بيك **Beck** إعتبر الإكتئاب إضطراباً في إستراتيجية التفكير وتكوين نظم فكرية سلبية إتجاه الذات والعالم والمستقبل.

أورد عبد الرحمن عثمان (١٩٩٧م)، رأي بيك **Beck**، أن الإكتئاب يؤدي إلى تنشيط ثلاثة أنماط معرفية رئيسية، تؤدي أن ينظر المريض إلى نفسه وخبراته ومستقبله بصورة سلبية، ويسمى بيك هذه الأنماط بالثالوث المعرفي. **Cognitive Traid**.

- النمط الأول: نظرة سلبية للذات بأنها تعاني من القصور ونقص القدرة على الأداء.
- النمط الثاني: التفسير السلبي للخبرات حيث أن العالم من حوله معادي ومطالبه غير واقعية أو غير منطقية.
- النمط الثالث: النظرة السلبية للمستقبل حيث لا يتوقع أن تتحسن حالته في المستقبل، وتتسم أفكاره باليأس والتشاؤم، وكأن عالمه الشخصي يقيم أمامه عراقيـل يـصعب تجاوزها لتحقيق أهدافه في الحياة.

أضاف هاوتن (١٩٩٧م)، **Hawton**، تنظر النظرية المعرفية إلى الإكتئاب على أنه نتيجة لوجود مجموعة معرفية سالبة **Negative Cognitive**، من الأفكار المتـشائمة والنظرة السالبة للذات، وللعالم والخبرة وللمستقبل، وأنه يحدث نوع من الأفكار الخاطئة رغم أن الشواهد المستقاة من البيئة تعارضها، ومن أمثلة التشويه التي تحدث في عملية معالجة المعلومات ما يلي:-

١) التجريد الإنتقائي: هو إنتقاء المريض للجوانب السلبية فـي الأمـور والأشـياء وتجاهله للمؤشرات الإيجابية.
٢) الإستنتاج الإختياري: هو ميل المريض للربط بين الذات وأحداث خارجيـة دون وجود أساس منطقي.
٣) التعميم الزائد: هو إستخلاص القوانين العامة للخبرات جزئية.
٤) التضخيم: هو مجموعة إستجابات تشير للإستنتاجات التعسفية أو أهمية أو حجم نتائج معينة.
٥) الثنائية والتطرف: هو إستجابة الميل إلى التفكير في صورة مطلقة، إما كل شئ أو لا شئ.

إتفق كلاً من شوقي وآخرون (١٩٩٩م)، وعادل عبد الله (١٩٩٩م)، على أنـه مهما كانت قيمة هذه النظريات النفسية من الناحية الواقعية والعلاجية، فهي بلا شك قـد ألقت الضوء على العديد من العمليات النفسية المعقدة في حياة الإنسان، وعلى صـعوبة إدراك الكثير من هذه العمليات النفسية، فإننا لا يمكن أن نتجاهل أثرها.

ترى الباحثة أن الرؤية المعرفية ذات قيمة علمية عاليـة، وتتـسم بموضـوعية وعمق إفتقرت إليه أغلب المدارس النفسية، إلا أن طريقة إدراك الأشـخاص لأحـداث الحياة وطرق تفكيرهم يمكن إعتبارها نتيجة لعوامل كثيرة منهـا الثقافيـة، والروحيـة والبيئية بحيث أن توضع في الإعتبار، كما أن الدوافع الغريزية تلعب دوراً هامـاً فـي

توجيه عملية التفكير في إتجاهات محددة يجب أيضاً أن لا يتم تجاهلها، وذلـك بهـدف الوصول إلى تصور شامل ومتكامل يساعدنا في تفسير موضوعي لأسباب الإكتئاب.

أعراض الإكتئاب:-

ذكر محمد السيد عبد الرحمن (٢٠٠٠م)، أنه تتفاوت أعراض الكآبة من حيـث شدتها وبساطتها، كما تختلف من حيث حدة الإصابة بها أو بطء تطورها، فلدى بعـض الحالات الإكتئابية قد لا تزيد شدة الأعراض عن الحزن الطبيعي إلا قليلاً، وفي حالات أخرى لا يمكن تمييزها عن الإكتئاب الذهاني وحالات الذهول، كما أن الإكتئـاب قـد يتطور شهوراً وسنيناً وقد يأتي على شكل نوبة حادة، ومن أكثـر الأعـراض شـيوعاً صعوبة التركيز، التردد في إتخاذ القرار، عـدم الإسـتقرار والأرق وفقـدان الـشهية والإعياء والشعور بالغبن وشكاوي جسمية مختلفة، تتطور هذه الأعراض كلمـا كـان الإكتئاب أكثر حدة ووضوحاً.

أوضح محمد محمود حمودة (١٩٩٧م)، أحمد عكاشة (١٩٩٨م)، أن أعـراض الإكتئاب تشتمل على:-

١) الحالة المزاجية والوجدانية.
٢) الأعراض النفسية.
٣) الأعراض الفسيولوجية.
٤) الأعراض السلوكية.

١. الأعراض المزاجية والوجدانية:-

يتميز المزاج الإكتئابي بالحزن والسوداوية، وعدم القدرة على الإستمتاع بمباهج الحياة، مع إنكسار النفس وهبوط الروح المعنوية، ويعيش الفرد حالة من اليأس والجزع والإنقباض، ونوبات متكررة من البكاء.

وتتميز هذه الأعراض بظاهرة هامة هي التعبير النهاري، حيث يصحو المريض ويصحو في حالة شديدة من المزاج الحزين المكتئب تكون شديدة في الصباح، ثم تخف تدريجياً أثناء اليوم حيث تقل حدتها في المساء، وتصاحبه أعراض عـضوية مختلفـة خاصة أثناء الصباح، مثل الصداع، الدوار والقئ وأعراض جسمانية أخرى.

٢. الأعراض النفسية:-

ويتمثل إضطرابها في مظاهر مختلفة متعددة إبرزها:-

أ. إضطراب الوظائف العقلية:-

وتبدو في هيئة مميزة من البطء، وقلة الإنتباه والسرحان، وعدم القـدرة علـى التركيز وإختفاء سرعة البديهة وضعف الإستجابة الإنفعالية، صـعوبات فـي التـذكر والتركيز، تردد في إتخاذ القرارات وإرتباك في السلوك وفقدان التلقائية في الإسـتجابة لمثيرات الواقع.

ب. إضطراب التفكير:-

وتبدو في الإجهاد الشديد عند التفكير في أبسط الأشياء، وتعميم الأمور، وإجترار مضاعفاتها، كما يتميز التفكير بالإستنباط الذاتي والخيال المستمر، مع الهموم اللانهائية، ومن أهم العلامات المميزة لهذا النوع من التفكير ما يلي:-

الإحساس بتأنيب الضمير والشعور بالذنب، وإتهام النفس بالخطيئة، توهم العلـل المرضية، مثل الصداع الدائم في أعلى الرأس، الدوار وطنين الأذنين، ضيق التـنفس، صعوبة الهضم، وإنتفاخ البطن والآلام في الذراعين والساقين.

ج. الضـلالات:-

ويغلب على مرضى الإكتئاب ضلالات العدمية، وتعني الإحـساس بفقـدان أو غياب أحد أعضاء الجسم أو توقفه عن العمل، وقد يشكو المريض إن رأسه فـارغ وأن المخ إختفى، وما إلى ذلك من الضلالات، وكذلك تنتـشر ضـلالات الفقـر والفـشل والإفلاس دون أن يكون لذلك علاقة بالواقع. وقد تصيبه أحياناً ضلالات إضطهادية بأنه موضع تآمر من الآخرين.

د. إختلال الآنية والعالم الخارجي:-

في الواقع يشعر المريض بأنه قد تغير، ولم يعد يشعر بالمباهج السابقة، وأنه لم يعد يشعر بالألم أو السعادة، وأن العالم من حوله قد تغير أيضاً.

هـ. الهلاوس والخداعات:-

وتظهر أحياناً لدى مرضى الإكتئاب بعض الهلاوس السمعية والبصرية، وعادة ما يتوافق محتواها مع محتوى تفكيره السوداوي، وعادة ما تثير فيه الـشعور بالفـشل والدونية والإحتقار، أو تعمل على إفزاعه وتخويفه وتظهر الخداعات في هيئـة سـوء تأويل لواقع سوداوي. وهذه الضلالات أكثر إنتشاراً في الإكتئاب الذهاني وقليلة الحدوث في الإكتئاب النفسي.

٣. الأعراض الفسيولوجية:-

يواصل أحمد عكاشة (مرجع سابق)، ويتفق معه محمد السيد (مرجع سابق)، أن الإكتئاب إضطراب فسيولوجي أولي، سببه إضطراب الموصلات العصبية في مراكـز الإنفعال في الدماغ، وخاصة (الهيبو ثلاموس) والمخ الحشوي، مما يـسبب الأعـراض التالية: -

أ. إضطراب النوم:-

وهو من أكثر الأعراض شيوعاً، ويعاني المريض من الأرق أول الليل وأثنـاءه مع الأحلام المزعجة والكوابيس، ثم اليقظة قبل الفجر وعدم القدرة على النـوم ثانيـة، وفي بعض الأحيان قد يعاني مريض الإكتئاب من كثرة النوم ويظهر ذلك فـي حـوالي (١٠ – ١٥%) من الحالات.

ب. فقدان الشهية:-

وهي من العلامات الرئيسية المميزة للإكتئاب وأحدى أعراض الكـسل العـام، الذي يعتري الجهاز العصبي والهضمي، وباقي أجهزة الجسم، وقد ترتبط بمشاعر عدم الرغبة في الحياة والطعام، وقد تعتبر عودة الشهية أحد مؤثرات التماثل للشفاء.

ج. الإمساك:-

يعتبر من الأعراض الواضحة للإكتئاب.

د. الضعف الجنسي وإضطراب الطمث:-

ويتمثل في فقدان القدرة الجنسة لدى الرجل وضعف الإنتصاب أو سرعة القذف، أو تأخر القذف، ويسبب كذلك البرود الجنسي للمرأة، وكثيراً مـا تتـضطرب الـدورة الشهرية، ومن مظاهرها إنقطاع الطمث، كثرة تردده، والنزيف الشديد أو قلتها.

٤: الأعراض السلوكية:-

يؤثر الإكتئاب على مجمل حياة الشخص المصاب، وينعكس ذلك على مظهـره الخارجي ومجمل سلوكه، ويمكن تلخيص هذه الأعراض فيما يلي: -

أ. المظهر الخارجي:-

يبدو على المريض الحزن والكآبة وتظهر عيناه متعبة وجفونه العليـا مـسدلة، وجفونه السفلى مجعدة مورمة، تقوس الحاجب ترتسم على الشفاة علامات الإمتعـاض، واليأس، يسير مقوس الظهر، نبرات صوته ضعيفة، وكلماته بسيطة تخرج مـن فمـه بصعوبة يدل على مظهره العام المعاناة النفسية الشديدة.

ب. السلوك الخارجي:-

تقل لدى المريض القدرة على العمل يبدأ في الإهمال، يبدأ في الإنعـزال عـن الناس، يبدي عدم الإهتمام بما حوله، يهمل مظهره ولباسه وهندامـه، لا يعـود يهـتم بالنظافة وجماله.

ج. النشاط الحركي:-

يتميز مرض الإكتئاب بالهبوط الحركي، والكـسل العـام والخمـول الـذهني والجسدي، وقد يصل إلى حد عدم الحركة والشلل التام والغيبوبة الإكتئابيـة، وأحيانـاً يصاب المريض بحالة شديدة من الإستثارة والتهيج والإضطراب، وتزيـد حركتـه ولا يستطيع الجلوس في مكان واحد، وتظهر عليه حركات مثل فـرك اليـدين وإرتجـاف الإطراف، كثرة الكلام، يعبر عن تبرمه من الحياة بالصراخ.

د. محاولات الإنتحار:-

يعتبر الإنتحار في الإكتئاب من أكثر الأعراض خطورة، ويأتي نتيجة لمـشاعر الدونية وإحتقار الذات والشعور بعدم إستحقاقه الحياة، وضرورة التخلص منها لإنهـاء حالة البؤس والتعاسة التي يعيشها.

ذكر مكرم سمعان المذكور في أحمد شوقي وآخـرون (١٩٩٩م)، أن الإنتحـار يدل على إختلال تكامل الشخصية من جراء ما يعانيه الفرد من تناقضات بـين حقوقـه وإلتزاماته وإمكانياته، ويدل سلوك الإنتحاري على سلسلة من الأفعال التي يقـوم بهـا الفرد، محاولاً تدمير حياته بنفسه دون تحريض من شخص آخر.

وهناك علاقة واضحة بين الإكتئاب والإنتحار، حيث أن الإفكار الإنتحارية تكون عادة أعراض الإكتئاب، فيقول عبد الرحمن محمد العيـسوي (٢٠٠١م)، أن الإكتئـاب يؤدي إلى الإنتحار، ويكون خطر الإنتحار على أشده في المراحل المبكرة للمرضى.

تشخيص الإكتئاب:-

أوضح ولسن وولري (١٩٩٤م)، **Willson and O'leary**، أن تشخيص الإكتئاب عملية يشترك فيها المريض نفسه ومجتمعه الذي يحيط به، والطبيب المعـالج، ويمكـن تشخيص حالة الإكتئاب من خلال مجموعة من الأعراض التي يشعر بهـا المـريض، والتي توحي بأنها حالة إكتئابية.

وضح حامد عبد السلام زهران (١٩٩٨م)، أن باسيرز Baserz وضـع ثلاثـة شروط لتشخيص الإكتئاب الخالص:-

أ) أن يكون محتوى الإكتئاب متماشياً، أو متعلقاً بالتجربة الحياتية التي يعيشها المريض.

ب) أن الكآبة لم تكن لتحدث دون تلك التجربة الحياتية.

ج) أن أعراض الإكتئاب تختفي وتزول بزوال الأعراض.

كما يتضمن ذلك مجموعة من الأعراض وهي:-

قلة التركيز والإنتباه، إنخفاض تقدير الذات، وقلة الثقة بالنفس، الشعور بالذنب وعدم القيمة، التشاؤم، الأفكار الإنتحارية، إضطرابات النوم، فقدان الشهية والوزن.

كما ورد في التصنيف العالمي العاشر ١٩٩٢م، الذي يشير إلى تقسيم الإكتئاب إلى خفيف، متوسط، حاد، معتمد على الأعراض، ونوعها وحدتها. وقد إشترط لتشخيص الإكتئاب أن تمر على الأعراض مدة أسبوعين، وعند تشخيص الإكتئاب الخفيف لا بد من ظهور عرضين أساسين.

أما تشخيص الإكتئاب متوسط الشدة، أنه يشترط ظهور أثنين من الأعراض الأساسية مع ثلاثة أو أربعة من الأعراض المصاحبة. أما تشخيص الإكتئاب الحاد أو الشديد أنه يشترط ظهور الأعراض الثلاثة الأساسية مع وجود ثلاثة أو أكثر من الأعراض الأخرى.

مـآل الإكتئاب:-

تشير الدراسات بصورة عامة إلى مآل حسن للإكتئاب حتى لو لم يتلقى المريض علاجاً قط، وإعتبر أحمد عكاشة (١٩٨٨م)، أن نسبة الشفاء تتراوح بين (٨٠%) في معظم الحالات وأن ذلك يمكن أن يحدث خلال ستة أشهر أو سنة، وأما إذا تلقى المريض العلاج فإن فترة المرض تقل إلى مدة تتراوح من (٤ - ٨) أسابيع. ولكن هذا الأمر يتحدد وفقاً لثلاثة عوامل، تعتبر الأطراف الأساسية وهي:-

١) المريض نفسه، بما يحمله من خصائص شخصيته وإستعداداته المختلفة للشفاء أو الإنتكاس، وبما يمثله المرض له من مكاسب نفسية واجتماعية.

٢) المجتمع من حول المريض، وخاصة الأسرة بما تمثله من دعم نفسي وإنفعالي وإجتماعي، وبما قد تمثله من ضغوط تزيد من مشقة المريض.

٣) الخدمة العلاجية التي يتلقاها المريض ونوعها وفعاليتها، وكذلك شخصية الطبيب أو المعالج ومستوى التفاعل بينهما.

وأضاف محمد السيد عبد الرحمن (مرجع سابق)، مجمـوعتين مـن العوامـل والمحددات التي تؤثر في تحسن أو سوء مآل الإكتئاب، والعوامل التي تشير إلى إحتمال تحسن مآل الإكتئاب هي:-

١) ظهور المرض فجأة يعطي فرصة أفضل للشفاء، مما لو زحف المـرض إلـى المريض ببطء.

٢) تتحسن الإضطرابات التي تحدث تلقائياً دون مسببات وراثية، لما يلعبه الإستعداد الوراثي من دور قوي.

٣) تزيد نسبة الشفاء كلما قل التاريخ العائلي للإضطرابات الوجدانية.

٤) تكامل شخصية المريض قبل المرض تشير إلى إحتمالات كبيرة في الشفاء عـن الشخصية العصابية أو العاجزة.

أما العوامل التي تسئ إلى مآل الإكتئاب فأهمها:-

١) النوبات المتكررة، وخاصة المتناوبة مع نوبات الفرح.

٢) زيادة سن المريض عن ٥٠ سنة عند بداية الإضطراب.

٣) ظهور أعراض إكلينيكية مميزة، مثل توهم العلل البدنية، إختلال الآنية، أعراض فصامية.

المبحث الرابـــــع

الجهاز البولي والفشـــل الكلــوي

تمهيد:-

في هذا المبحث سوف تستعرض الباحثة بإختصار الجهاز البـولي ومكوناتـه، الكلية ومكوناتها وآلية عملها ووظائفها، كما تستعرض الفشل الكلوي تعريفه، أنواعـه، مسبباته، أعراضه وطرق علاجه، العلاقة بين القلق والإكتئاب ومرضى الفشل الكلوي.

ذكر بدر الدين الحسين (١٩٩٢م) أن الجهـاز البـولي يتـألف مـن الكليتـين **(Kidneys)** والحالبين **(Ureters)** والمثانـة **(Bladder)** والآحليـل **(Urethra)**. تقـوم الكليتان بتشكيل البول من خلال رشح الدم فـي مـصافي مجهريـة تـدعى الكبيبـات (النفرونات)، يمر البول عبر الحالبين لينقلاه إلى المثانـة **(Urinary Bladder)**، التـي تختزنه مؤقتاً لتطلقه بعدها عبر الآحليل **(Urethra)** في أثناء عملية التبول.

الكليتان:-

تقع الكليتان على جانبي العمود الفقاري، خارج التجويف البطني، وتكون الكلية اليسرى أعلى قليلاً من اليمنى. إذ تعتبر الكلية اليسرى العضو الأساسـي الـذي يقـوم بتخليص الجسم من فضلاته وطرحها عن طريق البول.

جاء في كريستوفر ولان **Christopherar and Lan**، (١٩٩٢م)، أن الكليتـان هما العضوان التوأم في جسم الإنسان اللذان يقومان بأداء المهام الحيوية التـي تحـافظ على حياة الإنسان. وتقع الكلية على الجدار الخلفي للتجويف البطني، على جانبي العمود الفقري مباشرة تحت الحجاب الحاجز. الكلية جسم لونه بني قاتم يشبه في شـكله حبـة الفاصوليا، يبلغ طول الكلية ١٢ سم وعرضها ٦ سم وسمكها ٣سم ويتراوح وزنها بـين ١٣٠ – ١٥٠ غراماً. تتزود كل كلية بالدم من شريان وحيد هو الشريان الكلوي (يحمل لخلاياها الأوكسجن والغذاء المتفرع من الشريان الأبهر النازل من القلب.

الحالبان:-

يخرج من كل كلية حالب ويصب كلاهما في المثانة، يبدأ الحالـب مـن أعلـى بالإمتداد القمعي الشكل الذي يسمى الحويضة، والذي يقع جزء منه داخل بنية الكليـة، بينما يظهر الجزء الآخر خارجها عند منطقة النقير من الكلية يقبض أسـفل الحويـضة

مشكلاً الحالب الشاحب اللون. يبلغ طول الحالب حوالي ٢٥سم ويقع نصفه في تجويف البطن ونصفه الآخر في الحوض. يتشكل جدار الحالب السميك من طبقة مخاطية داخلية وأخرى عضلية، يغلفها غشاء ليفي يخترق كل من الحالبين المثانة على بعد ٥ سنتميترات من بعضهما البعض، وعلى نحو مائل حيث يخترقان حوالي ٢ سم من نسيجها العضلي. يصل الحالبان بعدها المثانة عبر شقين يلعبان دور صمامين بحيث يمنعان رجوع البول من المثانة إلى الحالب.

المثانة:-

هي عضو عضلي أجوف يقع تحت الصفاق في أسفل المنطقة الأمامية من الحوض، تبدو المثانة في صورة الأشعة **(X – Ray)** كروية مع بعض التعديلات التي تدخل في شكلها، فتبدو واجهتها العليا مسطحة بسبب ثقل الأحشاء عليها، كما قد تبدو هذه الواجهة منخفضة قليلاً عند المرأة الحامل، بسبب ثقل الحمل، ويخرج من أسفلها الإحليل. يتألف جدار المثانة من غشاء مخاطي داخلي يتجعد وينفصل عن الطبقة العضلية المحيطة به، عندما تتقلص هذه الأخيرة ويحيط بالطبقة العضلية غشاء مصلي. تستوعب المثانة الممتدة ٥٥٠ ميليمتراً من البول، ولكن عادة ما تفرغ محتواها عندما يبلغ ١٦٠ – ٣٠٠ مليمتراً.

الأحليل:-

هو القناة التي تحمل البول من المثانة إلى الخارج، وهو يختلف من حيث الحجم بين الذكر والأنثى، يمتد الأحليل عند الذكر البالغ ٢٠ سنتميتراً من المثانة ليدخل جسم المؤثة **Prostate** ، حيث ينضم إلى الأقنية التناسلية مشكلاً عندها ممراً للبول والمني في آن واحد، بينما يكون أحليل الأنثى قصيراً يبلغ طوله ٤ سنتميترات ويمتد من المثانة إلى الخارج حيث يفتح أمام فتحة المهبل مباشرة.

النسيج الداخلي للكلية:-

هو الجزء الوظيفي من الكلية وينقسم إلى عدة أقسام:-

القشرة الخارجية:-

هي القسم الذي يقع مباشرة تحت محفظة الكلية ويحيط بالمنطقة النخاعية الداخلية، تحوي هذه القشرة جسيمات المبيض التي تقوم بدور المصفاة (فلتر) فتنقي الدم من الفضلات.

المنطقة النخاعية:-

هي منطقة تحوي من (٨ - ١٠) أشكال هرمية تسمى أهرام مالبيض، تبدو لنـا رؤوس الأهرام متجهة نحو الصرة، بينما تستلقى قواعدها على الـصرة ، عبـر هـذه المنطقة تمر الأنابيب البولية التي تحمل البول من جسميات مالبيض إلى الكؤوس.

الكؤوس:-

يبلغ عددها من (٨ - ١٠) كؤوس، تصب فيها الأنابيب البولية التي تجري داخل الأهرامات، عبر كل فتحة تجمع هذه الكؤوس البول لتفرغه في الحوض الكلوي، وهـو المنطقة الهرمية الشكل التي نراها تخرج من صرة الكلية إلى جانب الأوعيـة الدمويـة والأعصاب.

ورد في الشبكة العالمية للمعلومات (موقع إرشادات مرضـى الفـشل الكلـوي (صفحة ٧ - ١٠):

إنه إذا نظرنا إلى مقطع الكلية تحت المجهر، فإننا نراها تحتوي علـى وحـدات صغيرة جداً تقوم كل وحدة منها بالوظيفة الكاملة للكلية في تكوين البول، وطرحه، وهده الوحدة تسمى بالنفرون، وتحتوي كل كلية على حوالي مليون من النفرونات وينقسم كل نفرون إلى جزئين.

أ. جسم مالبيض

ب. الأنبوب البولي: ويمكننا رؤية هذا الأنبوب في أجزاء عـدة مثـل الأنبـوب المتعرج الدائري، والأنبوب المتعرج القاصي.

كيفية وصول البول إلى المثانة:-

أوضح بدر الدين الحسين (مرجع سابق)، أنه بعد عبور البـول فـي الأنبـوب المتعرج القاصي، يدخل الأنبوب الجامع الذي يستقبل البول من عدة نفرونات ليقوص به داخل اللب حيث يصب مع أنابيب جامعة أخرى، في أنبوب أكبر يسمى أنبوب بللينـي **Bellini** الذي يصب بدوره في أحد الكؤوس. تنتهي الكؤوس إلى الحوض الكليوي الذي يحمل البول إلى الحالب، فينطلق حالب من صرة كل كلية ليصب الإثنان فـي المثانـة حيث يتجمع البول، تعود المثانة لينطلق البول عبر الأحليل إلى الخارج أثنـاء عمليـة التبول.

آلية عمل الكلية:-

أوضح جون بلاندي (١٩٩٣م)، **Goun Blandi**، تكمن الوظيفة الأساسية للكلية في تكوين البول الذي تستطيع من خلاله تخليص الدم من فضلات الجسم والمواد الدخيلة عليه (كالأدوية)، هذه الوظيفة تسمى الإفراغ **Excretion**. هذا إلى جانب تنظيم نـسبة تركيز الملح والماء والمواد المهمة الأخرى، ويمكن تلخيص آلية عمليـة الكليـة فـي الآتي:-

١) يدخل الدم من القلب إلى الكلى عن طريق الشريان الكلوي.

٢) يتم تنظيف الدم عن طريق مروره خلال مصفات الدم أو ما يـسمى الكبيبـات الكلوية وهي الوحدات العاملة في الكلى.

٣) الفضلات التي تمت تصفيتها عن طريق الكبيبات تمر خلال الحالبين وتخزن في المثانة بصورة بول.

٤) توزيع الدم الخالي من الفضلات على جميع أنحاء الجسم.

5) يعود الدم المصفى إلى مجرى الدم عن طريق الأوردة.

٦) بعد إمتلاء المثانة يتم خروج البول من الجسم.

وظائف الكلية:-

ذكر كرستوفر ولان (١٩٩٢م)، يمكن تلخيص وظائف الكلية في الآتي:-

١) تنقية الدم من الفضلات التي تنتج عن عمليات التمثيل الغذائي مثل البولينا.

٢) المحافظة على توازن السوائل والأملاح في الجسم.

٣) الحفاظ على نسبة متوازنة من الحموضة القلوية في الجسم.

٤) إفراز بعض الهرمونات التي تقوم بعدة وظائف هامة منها:-

أ. هرمون الأريتروبوثين **Erythropitin**: حيث يساعد على تصنيع خلايا هامة من نخاع العظام تمثل في كريات الدم الحمراء.

ب. هرمون الرنين **Renin**: حيث يساعد على حفظ ضغط الدم في مستوى ثابت.

ج. فيتامين (د): الذي يساعد على تقوية العظام.

الفشل الكلوي (القصــور الكلوي):-

تعريف الفشل الكلوي:-

جاء في محمد زاهر سجلول (١٩٩٦م) نعني بالفشل الكلوي فشل الكلية عن أداء الوظيفة الأساسية لها، وأنها قد وصلت إلى حد أصبحت معه أعراض المـرض أمـراً حتمياً ومهدداً للحياة. حيث تتجمع السموم الناتجة عن إستقلاب المواد الغذائية التي تـرد

إلى الجسم، وأيضاً الكميات الزائدة من الأملاح والماء بسبب فـشل الكليـة عـن أداء وظيفتها الأساسية، وهي التخاص من هذه المستقبلات والأملاح الزائدة.

أنواع الفشل الكلوي:-

الفشل الكلوي الحاد:-

وفيه تتعطل الكلية عن أداء وظائفها، ولكن هذا العطل عادة مـا يكـون مؤقتـاً وتعود الكلية إلى القيام بوظيفتها بصورة طبيعية بعد زوال السبب، أسبابه عديدة، منهـا ما يعود إلى الإخماج الحادة أو إلى التسمامات بمختاف أنواعها، ومنها ما هـو وعـائي بمعنى ينتج عن قصور حاد في التروية ويؤدي إلى تلف في الكبيبات، كما فـي حالـة الصدمة أو في الحالات التي تلي العمليات الجراحية الكبيرة أو نزيف بعد الولادة.

الفشل الكلوي المزمن:-

وفيه تتوقف الكلية عن أداء وظائفها تماماً، ولا يمكن لها الرجوع على ما كانت عليه، وتتم المحافظة على حالة الثبات وإبقاءها على هذه الحالة حتى تـصل المرحلـة النهائية (**End stage**)، حيث يستلزم حينها إجراء الإستصفاء، وإتبـاع حميـة غذائيـة صارمة يتناول فيها المريض البروتينات بصورة محددة، وأيضاً ضـبط كميـة المـاء والسوائل التي يتناولها.

أسباب الفشل الكلوي:-

ما زال العلماء المختصون بأمراض الكلى يحاولون الوصول إلى جميع الأسباب الحقيقية للفشل الكلوى، ولكن الأمر ما زال غامضاً في حوالي ٤٠% والفشل الكلـوي المزمن ليس مرضاً بذاته وإنما هو محصلة نهائية لكثير من الأمراض التـي تـصيب الجهاز البولي التناسلي والتي تظل مهملة العلاج أو غير واضحة للمريض، لذلك يـنجم توقف وظائف الكلية، عن إصابة الجهاز البولي بأمراض متنوعـة يـصيب الأوعيـة الدموية الكلاوية ومنها يصيب المجاري البولية، مما سبق يمكن تلخيص بعض من هـذه الأسباب كما يلي:-

١) الأمراض المزمنة: مثل ارتفاع ضغط الدم الشرياني، هذا إذا لن يكـن نتيجـة للمرض الكلاوي، فعندما تستفيد الكلية من تأخير حدوث الفشل الكلاوي فيهـا، أو داء السكري، الذي يمكن علاجه بتعويض هرمون الأنسولين الذي لا يفرزه جسم المريض بالداء السكري.

٢) أسباب متعلقة بالكلية نفسها مثل:

أ) وجود إلتهابات الكبيبات

ب) وجود إلتهابات الحويضة

ج) الحصاوي.

د) عيوب خلقية.

هـ) الكلية متعددة الأكياس.

٣) أسباب متعلقة بالمشاكل الموجودة في الجهاز البولي أو المجاري البولية مثل:-

أ) إلتهاب المجاري البولية المتكرر.

ب) حصاوي في الحالب.

ج) أرتجاع البول

د) آفات الجهاز البولي الإنسدادية

جاء في كرستوفر (١٩٩٢م)، هناك أسباباً أخرى تساعد على ظهـور مـرض الفشل الكلوي وهي:-

١) الصبغات بأنواعها.

٢) الكريمات، وهي من أخطر المواد السامة إذ أنها تحتوي على مادة الزئبق الـذي يؤدي إلى الفشل الكلوي مع مرور الزمن.

٣) بعض العقاقير والأدوية، مثل حبوب الرطوبة وتناول البنادول بصورة مـستمرة والمحاليل والمبيدات الحشرية التي تعتبر من السموم التي تؤثر في الكلية.

٤) إستعمال الكحول.

أعراض وعلامات الفشل الكلوي المزمن:-

يتصف القصور الكلوي المزمن وفقاً للموسوعة الطبية (١٩٩٢م) ببدء تـدريجي بطئ قد يدوم شهوراً عديدة تتكامل في أثنائها الأعراض والعلامات التي تـتلخص فـي الآتي:-

أ) لون شاحب.

ب) فقر دم.

ج) حكة تصيب الجلد

د) تبدلات في الجهاز التنفسي من نفس سريع وعميق وخاصه في أثناء الزفير.

هـ) ضيق في التنفس وإلتهاب رئوي.

و) أعراض قلبية تتمثل في ارتفاع الضغط الشرياني وإضطراب في نظم القلب.

ز) ورم في الأطراف السفلى سببها ضعف القلب ونقص البروتينات وزيادة الأملاح.

ح) إضطرابات الجهاز الهضمي (الغثيان والقئ وتقرحات في باطن الفم مع نزيف هضمي).

ط) أعراض الجهاز الدموي، يترافق القصور مع فقر دم ونزيف بجميع أشكاله، من الأنف (رعاف) من المعدة، مع البراز (غائط أسود) تحت الجلد والأغشية المخاطية.

ي) أعراض الجهاز العصبي: يظهر تخدر الأعضاء مع تنميلها حتى تصل إلى نوبات الكزار، ويعتبر نقص الكالسيوم من أهم المسببات لهذه الأعراض العصبية.

ك) أعراض الجهاز العظمي: يحدث داء الوهن عند الأطفال، وعند كبار السن تصبح العظام لينة قابلة للكسر بسهولة مع إلتهابات عظمية متكررة لا تستجيب هذه الأعراض بسهولة لفيتامين (د).

ل) أعراض الجهاز الكلوي: قد تكون الأعراض البولية بارزة أو مختفية ولكن عند إجراء الفحوص المختبرية تظهر النتائج التالية:-

أ) إنخفاض كثافة البول وبقاء هذا الإنخفاض ثابتاً.

ب) زيادة اليوريا والكرياتنين.

ج) إرتفاع كمية الصوديوم في البول.

د) أرتفاع كمية البوتاسيوم في الدم.

هـ) إنخفاض في كمية الكالسيوم وزيادة الفوسفات.

و) إزدياد في كمية المغنيزيوم.

علاج الفشل الكلوي:-

١) توازن الماء والأملاح.

٢) الكمية الغذائية مع العلاج الدوائي.

٣) الوقاية من الإلتهابات وعلاجها سريعاً لمعالجة الأعراض المرافقة، كل حسب درجة خطورته.

٤) سحب السوائل والغرائب الموجودة في الدم عن طريق الترشيح الفائق بواسطة الإستصفاء وهنالك عدة أنواع من الإستصفاء:-

أ) الإستصفاء البروتيني الدائم.

ب) الإستصفاء البروتيني من حين لآخر.

ج) الإستصفاء الدموي بواسطة الكلية الإصطناعية.

أوضح بدر الدين الحسين (١٩٩٢م)، أن كل العلاجات التي تقدم للمريض في المراحل المبكرة للمرضى، قد تصبح عقيمة ولذلك يكون العلاج الأمثل في عملية زراعة الكلى، وهي نقل كلية سليمة من متبرع من داخل الأسرة أو خارجها، يخضع إلى تحاليل مختبرية وخلافه لمعرفة مناسبته للتبرع بكليته، وكذلك يجرى له تقييم نفسي وشخصي لمعرفة ملائمته النفسية ومدى إستعداده للتبرع.

العلاقة بين القلق والإكتئاب ومرض الفشل الكلوي المزمن

أكدت معظم الدراسات السابقة أن الإصابة بالأمراض المزمنة ينتج عنها ردود أفعال نفسية عديدة، وصعوبات في التكيف والتأقلم، وهنا قد لا يختلف الأمر كثيراً في حالة إصابة الفرد بمرض الفشل الكلوي المزمن.

وفي هذا الإطار قد جاء في الشبكة العالمية للمعلومات "موقع إرشادات مرضى الفشل الكلوي صفحة ١ إلى ٢"، عند تشخيص الفرد بأنه مصاب بمرض الفشل الكلوي، هنالك ردود أفعال نفسية ومراحل إنفعالية يمر بها أغلب المرضى، وقد يختلف الأفراد في ردود أفعالهم، لكن في الغالب تحدث ردود أفعال نمطية لمعظمهم وهي:-

١) الصدمة **Shock:-**

تحدث عند بداية التشخيص، وقد يتأثر بها المريض وأسرته، وفيها يشعر بأنه أصبح فجأة خارج دورة الحياة.

٢) الحزن **Greif:-**

في هذه المرحلة تنتاب المريض نوبات من الحزن والشعور بالفقدان واليأس والإحباط، وصعوبات في التفكير حول مشاغل الحياة اليومية.

٣) الإنكار **denial:-**

هي مرحلة الهروب اللاشعوري كآلية من آليات الدفاع النفسي في مواجهة الحقائق والوقائع المؤلمة، يلجأ لها المريض بحيث تنصرف أفكاره ومشاعره عن المرض ومآلاته.

٤) التقبل **Acceptance:-**

في هذه المرحلة يبدأ المريض في تقبل الحقائق والتفكير في مطلوبات التغيير التي يستدعيها الواقع الجديد، وهي نقطة البداية للتفاعل والتفهم الإيجابي أو عدمه.

تضيف الباحثة أنه في حالة تفهم وتقبل المريض لهذا الواقع الجديد ومتطلباته، يساعد ذلك في عملية التكيف والتأقلم، الذي يؤدي بدوره إلى الرضاء والسعادة والتمتع بالتوافق النفسي والاجتماعي، أما في حالة عدم التفهم والتقبل سوف يشعر المريض (بالفقدان، التوتر، التوجس، الخوف من المجهول، عدم الثقة بالنفس، التشاؤم، الإحباط

واليأس)، الذي يساعد بدوره إلى عدم التكيف والتـأقلم ممـا يمهـد ويعجـل بظهـور الإضطرابات الإنفعالية والنفسية المختلفة مثال: (القلق والإكتئاب).

أضاف جون بلاندي كما ورد في محي الدين صدقي (٢٠٠٥م)، أن هنالك أبعاد وعوامل ذات طبيعة ديناميكية تؤثر وتتأثر بمرض الفـشل الكلـوي المـزمن ويمكـن تلخيصها في الآتي:-

١) البعد الاقتصادي: يشتمل على تكاليف ونفقات العلاج (التـصفية الدمويـة، الفحوصات المعملية المختلفة، العقاقير الطبية)، وفقدان العمل أو الوظيفة.

٢) البعد الطبي الجسدي: يشتمل على عوامل مركبـة ذات تـأثيرات متعـددة، أهمها: التغيرات التي تحدث في المظهر العام مثل: الهزال، اللون الأسـود الترابي الداكن، التورمات الجسدية، التشوهات الناتجة مـن إجـراء عمليـة (الفستولا). أما البعد الطبي يتمثل في: الروتين العلاجي الذي يجب أن يمتثل له المريض مثل: جلسات الإستـصفاء الـدموي التـي تـستغرق (٢ - ٤) ساعات، بمعدل جلستين أو ثلاثة جلسات في الأسبوع، والإستخدام الروتيني المتواصل للعقاقير الطبية، وكذلك إجراء الفحوصـات المعمليـة بـصورة مستمرة، إضافة إلى الإلتزام بضوابط الحمية الغذائية.

٣) البعد الاجتماعي: الإصابة بمرض الفشل الكلوي المزمن لها آثار اجتماعيـة عديدة على المصاب، مثال: تقليل الفاعلية الاجتماعية نسبة لإلتزامه ببرنامج علاجي روتيني (تصفية دموية)، مما يقيد ويضعف حركته، ويـؤدي إلـى العزالة الاجتماعية النسبية، إضافة إلى التأثير المباشر وغير المباشـر فـي الوظيفة الاجتماعية (كزوج، أو زوجة)، وقد يصبح المرض عائقاً اجتماعياً أيضاً في حالة عدم الزواج.

٤) البعد النفسي: ويشتمل على ردود الأفعال النفسية المختلفة مثل: الخوف مـن المجهـول، التـوجس، التـوتر، التـشاؤم، الـشعور بالفقـدان، الإحبـاط واليأس...إلخ.

تستخلص الباحثة مما سبق أن تفاعل تلك الأبعاد والعوامل مع بعضها الـبعض يشكل ضغوطاً حياتية وبيئية جديدة، وأزمات حادة، وأن عدم الكفاءة في التعامل مع تلك الأبعاد والعوامل، إضافة إلى الإستعداد الوراثي وبنية الشخصية، والإصـابة بمـرض

الفشل الكلوي المزمن تعتبر عوامل مهيئة قد تعجـل بظهـور الإضـطرابات النفـسية والعقلية المختلفة.

وفي هذا الإطار أضاف كامل ميرغنـي كمـا ورد فـي ريـم (٢٠٠١م)، إن الإضطرابات النفسية والعقلية التي تنتج عن الإصابة بمرض الفشل الكلـوي المـزمن، وعلى سبيل المثال لا الحصر:-

١) أعراض مبكرة الحدوث:-

أ) إضطرابات التأقلم مع وجود مزاج إكتئابي وقلق.

ب) الهزيان الحاد الناتج عن الفشل الكلوي (تغيم الوعي، وإضطرابات معرفيـة مثل: فقدان الإدراك للمكان والزمان والأشخاص، إضافة إلـى إضـطرابات وجدانية وأعراض ذهانية).

ج) الإضطرابات الذهانية والإضطراب الذهاني الحاد، والضلالات الشبه فصامية، والضلالات.

د) إضطرابات القلق، "المخاوف والرهاب، وتكون عادة موجهة إتجاه مواضـيع تتعلق بالموت والخوف من عملية الإستصفاء الدموي".

٢) أعراض متأخرة الحدوث:-

أ) الأمراض العقلية العضوية المزمنة (الخرف).

ب) الإكئتاب الكبير مع أعراض ذهانية.

د) إضطراب الغنوط والياس.

هـ) الإضطراب الوجداني الناتج عن الفشل الكلوي. "إضطراب الإكتئاب وغيره".

و) إضطراب القلق الناتج عن الفشل الكلوي.

٣) أعراض أخرى:-

أ) فقدان الشهية الصعبي

ب) الإرهاق الجسدي المزمن.

ج) إضطرابات في الذاكرة والكلام.

د) الذهان الناتج عن إرتفاع البولينا.

هـ) الذهان العضوي.

تضيف الباحثة إن التعجيل بظهور الإضطرابات النفسية والعقلية المختلفة يعتمد بصورة أساسية على البنية المعرفية للفرد ومدى تشوهها. وفي هذا الإطار يـرى رواد المنظور المعرفي كما جاء في عبد اللطيف العقاد (٢٠٠١م)، إن نـشوء الإضـطراب

النفسي يرتبط أساساً بإضطراب في التكوين المعرفـي "أفكـار، تفـسيرات، تخـيلات وتصورات"، فالبنية المعرفية تبرز كهمزة وصل بين الأحـداث المثيـرة والإسـتجابة السلوكية، كما جاء في مسرحية (هاملت) لشكسبير، إن ليس هناك شئ طيـب أو شـئ سئ في حد ذاته، إنما التفكير هو الذي يجعله كذلك.

يضيف بيك كما جاء في عادل عبد الله (١٩٩٩م)، إن الطريقة التي يدرك بهـا الفرد المعلومة "إستقبالها، تخزينها، تنظيمها وتفسيرها، إدراكهـا، وأخيـراً إسـتدعائها وتذكرها عند الحاجة"، وهي التي تحدد بنيته المعرفية، والتي بدورها تتحكم في الإنفعال والسلوك.

وفي هذا الإطار يضيف أليس **Ellis**، كما جاء في فولر **Fowler** (١٩٩٢م)، إن التفكير هو المحرك الأولي والرئيسي للإنفعال، وهو مظهر من مظاهر المهارة فـيمكن أن يتسم بسمات التدبير والتقدير وحساب النتائج أو التهور والإندفاع والإنهزام، وذلـك يدل على أن التفكير وظيفة مترقية من وظائف السلوك، فالعقل يعمل على تعقيل الحياة، فالأفكار الآلية السالبة هي التي تسبب المشكلات الإنفعاليـة، وإن الفـرد قـادر علـى التخلص من مشكلاته الإنفعالية بتعديل أفكاره الآلية السالبة اللامنطقية.

وأضاف أليس، إن بعض الأفكار اللامنطقية التي تسيطر على ذهن الفكر هـي التي تسبب مشاعر القلق والإكتئاب، والفرد المكتئب أو القلق هو الذي يعجز من تعديل طريقة التفكير التي تعتمد على "يجب، ينبغي، يتحتم"، والنتيجة هو الشعور بالمخـاوف والتوتر والذنب، وعدم الكفاءة والقصور الذاتي، فمثلاً: "الفكرة القائلة إن هنالك أمـور خطيرة تثير الخوف وتبعث عن الإنزعاج ينبغي وضع إحتمال حدوثها في الحـسبان"، تلك فكرة لا عقلانية ولا منطقية للأسباب التالية:-

١) تؤثر تلك الفكرة في كيفية معالجة الأمور بفعالية.
٢) قد تساعد أو تسهم في حدوث ما كنا نخشاه.
٣) تؤدي إلى تضخيم إحتمالات حدوث ما نخشاه.
٤) تزيد من تعقيدات الواقع السئ إذا حدث.

ويضيف أن الشخص العقلاني هو الذي يعترف بوجود الخطر، لكنه لا ينظر إلى الأخطار ككوارث محققة.

تستخلص الباحثة مما سبق أن الإصابة بمرض الفشل الكلوي المـزمن تحـدث تغيرات نمطية حياتية شاملة في حياة الفرد "الصحية والجسدية، الأقتصادية، الاجتماعية،

النفس اجتماعية". وإن هذه التغيرات تضغط على الفرد كحادثـة أو أوضـاع حرجـة ومؤلمة لتنشط الإفتراضات المعرفية المتعطلة وظيفيـاً (**dysfunction assumation**)، والتي بدورها تصبح أفكار آلية أوتوماتيكية سالبة، تؤدي إلى تغيرات فسيولوجية "زيادة ضربات القلب، التوترات العضلية، ضيق التنفس، التعرق...إلخ". وتغيـرات معرفيـة "شعور بعدم القدرة على التأقلم، إحساس بالرتابة، إحباط، خـوف، إنزعـاج، شـعور باليأس، أفكار تشاؤمية، أو إنتحارية". وتغيرات سلوكية "التجنب، محاولـة الهـروب، العزلة"، وتغيرات عاطفية ودافعية مختلفة، إذ تمثل تلك التغيرات أعلاه أهـم أعـراض القلق والإكتئاب.

المبحث الخـــــامس

الدراســات الســابقـة

تمهيد:-

هدفت هذه الدراسة إلى تصميم برنامج للعلاج السلوكي المعرفي لمعرفة أثره في تحسين درجات القلق والإكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن - تحت الإستصفاء الدموي، وكذلك تعليم مرضى الفشل الكلوي المزمن بعض التقنيـات والإسـتراتيجيات لمواجهة الإضطرابات النفسية مثل: القلق والإكتئاب المترتبة على الإصابة بـالمرض، وذلك بتعديل الأفكار الآلية السالبة الخاطئة واللامنطقية التي تصاحب المرضى طـوال فترة مرضهم، بهدف خلق حياة أفضل وتحقيق درجـة أعلـى مـن التوافـق النفـسي والاجتماعي. وبناء على ذلك يتعرض هذا الجزء لأهم الدراسـات التـي لهـا علاقـة بموضوع الدراسة الحالية، بعد مراجعة الباحثة لعدة مكتبات جامعية ومكتبـات عامـة، بالإضافة للبحث عبر الإنترنت، لذلك سوف يتم الإختصار على عرض الدراسات التـي ترى أنها تضمنت بعض جوانب الدراسة الحالية.

ويشتمل هذا المبحث على الآتي:-

أولاً: عرض الدراسات السابقة

ثانياً: التعقيب على الدراسات السابقة

ثالثاً: أوجه الإستفادة من الدراسات السابقة

رابعاً: موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة

أولاً: عرض الدراسات السابقة:-

فيما يلي تعرض الباحثة بعض الدراسات التي لها علاقـة بموضـوع الدراسـة الحالية:-

١. دراسة بوركوفيش وآخرون **(Borkovec et.al)** (١٩٩١م): التي هـدفت إلـى المقارنة بين كل من العلاج غير التوجيهي والإسـترخاء والعـلاج المعرفـي السلوكي في علاج القلق العام، وإشتملت عينة الدراسـة (٥٥) مريـضاً، تـم تقسيمهم عشوائياً إلى أربع مجموعات، إحداهم ضابطة، أما المجموعات الثلاث

الآخريات فكانت تجريبية، وتلقت الثالثة برنامجاً للعلاج السلوكي المعرفي. وقد تلقت كل مجموعة إثنتي عشرة جلسة علاجية بواقع جلستين كل أسبوع.

وقد إنتهى هؤلاء الباحثون إلى أن أفراد العينة ممن لا يوجد لـديهم تـشخيص بالإكتئاب، أو الهلع أو أي إختلال ذهاني مع عدم خضوع الفرد حالياً أو سـابقاً لأي علاج نفسي، كشفت النتائج أنه على الرغم من أن العلاج غير التوجيهي قد هيأ مستويات عليا من الخبرات إنعكست في النمو الإنفعالي، فـإن الإسـترخاء والعلاج المعرفي قد أحدثا تحسناً بدرجة أكثر وضوحاً في ضوء القياس البعدي، كما أظهرت نتائج القياس التتبعي أن العلاج المعرفي السلوكي يعد هو الأفـضل على المدى الطويل، حيث لم تصاحبه أقل نسبة إنتكاس قياساً بطـرق العـلاج الأخرى.

٢. دراسة بورنز وآخرون (١٩٩٢م)، **(Burns et, al):** قامت بمقارنة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي بمفرده، والعلاج المعرفي السلوكي مقترناً بالعلاج بالعقـاقير وذلك لعلاج القلق والإكتئاب، إشتملت عينة الدراسة على (٧٩) مريضاً يعانون من القلق والإكتئاب، وبعد إستخدام فنيات المناقشة ومراقبة الذات وإعادة البنـاء المعرفي في برنامج إستمر لمدة إثنتي عشرة أسبوعاً بواقع جلسة واحـدة فـي الأسبوع، أسفرت نتائج هذه الدراسة إلى الآتي:-

فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في علاج القلق والإكتئاب، حيث وجدت درجة دالة من التحسن لدى المرضى بعد تلقي البرنامج العلاجي. كما لم توجد فـروق دالة بين المجموعة التي تلقت العلاج المعرفي السلوكي مقارنة بالعلاج بالعقاقير وذلك في درجة التحسن وهو ما يعني أن إضافة العلاج بالعقاقير إلـى العـلاج السلوكي المعرفي لم تكن له أثار دالة.

٣. دراسة دايو، (١٩٩٣م)، **(Dua)**: بعنوان: أثر فاعلية التدريب على تقليل الأفكار السالبة وزيادة الأفكار الإيجابية في معالجة المشكلات الإنفعالية لـدى مرضـى الفشل الكلوي المزمن. قام دايو ١٩٩٣م، لدراسة (٨٦) حالـة، تـم تـوزيعهم عشوائياً على خمس مجموعات، حسب نتائجهم في مقيـاس الأفكـار الـسالبة، دربت المجموعة الأولى على تقليل الأفكار السالبة ودربت المجموعـة الثانيـة على إبدال الأفكار السالبة بأفكار إيجابية، ودربـت المجموعـة الثالثـة علـى

الأسلوبين السابقين معاً وأعطيت المجموعة الرابعة (بلاسيبو) (علاج كـاذب)، بينما لم تعط المجموعة الخامسة أي نوع من العلاج.

وأكدت نتائج الدراسة فاعلية الجمع بين أسلوبي (تقليل الأفكار السالبة)، وإبـدال الأفكار السالبة بأفكار إيجابية مقارنة بفاعلية كل منهما علـى حـدة بالأسـاليب الأخرى التي تم إتباعها.

٤. دراسة كوت وآخرين، (١٩٩٤م)، **(Cote et al):** هدفت إلى مقارنة مدى فاعلية برنامجين للعلاج المعرفي السلوكي للهلع، يتوقفان على معدل التواصـل بـين المعالج والمريض، حيث يقوم البرنامج الأول على إنخفاض معـدل التواصـل بينهما في حين يقوم الثاني على التوجيه من جانب المعـالج طـوال البرنـامج وبالتالي الوجود الكامل بجانب المريض.

ضمت العينة (٢١) مريضاً يعانون من الهلع، وإستمر البرنامج سـبعة عـشر أسبوعاً، وتم إستخدام مقاييس مدى تكرار نوبات الهلع ومـدى فاعليـة الـذات المدركة في السيطرة على نوبات الهلع، ومقياس الخوف من الأماكن الواسـعة، ثم طبق هذا المقياس قبل البرنامج وبعده، كما تمت متابعة المرضى بعـد سـتة شهور من إنتهاء البرنامج.

وكشفت النتائج عن حدوث تحسن في الأداء على كل المقاييس المستخدمة مـن جانب أفراد المجموعتين حيث كان أكثر من ٧٣% مـن المرضـى فـي كـل مجموعة قد إختفت لديهم أعراض الهلع مع إستمرار التحسن خلال فترة المتابعة التي أوضحت أن إنخفاض معدل التواصل بين المعالج والمـريض ذو فاعليـة أكثر على المدى الطويل، حيث يكسب المريض ثقة أكثر بالنفس.

٥. دراسة سبيجل وآخرين (١٩٩٤م)، **(Spiegel et, al)** وقد هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أثر العلاج المعرفي السلوكي مقارنة بـالعلاج بإسـتخدام عقـار البرازولام **(Alprazalam)** على عينة مكونة من (٢٠) مريض مـن مرضـى الهلع. وإستمر البرنامج العلاجي لمدة إثنتي عشر أسبوعاً، ولم تتوصـل هـذه الدراسة إلى وجود فروق دالة بين الأسلوبين في عـلاج الهلـع. إلا أن نتـائج المتابعة بعد ستة أشهر قد أوضحت حدوث إنتكاسة لنصف المرضى الذين كانوا يتلقون العلاج بالعقاقير، في الوقت الذي لم تحدث فيه إنتكاسه للمرضى الـذين تلقوا العلاج المعرفي السلوكي.

٦. دراسة ماجدة خميس (١٩٩٤م)، الكويت، دراسة تجريبية لمعرفة أثـر التـدخل العلاجي المعرفي السلوكي والإرشاد النفسي في علاج القلـق والتـأقلم الـنفس اجتماعي على مرضى الفشل الكلوي المزمن، تم إستخدام متغيرين هما التطمين **Support**، والتحكم **Control** في تحديد فعاليتهما في التأثير علـى المتغيـرات المستقلة. وأثبتت الدراسة أن الإرشاد النفسي والعلاج السلوكي المعرفي فعالان في علاج القلق وكما يساعدان المريض على التأقلم أكثـر مـن إسـتخدام أي الطريقتين على حدة.

٧. دراسة كوينغ وآخرون (١٩٩٤م)، عن تأثير الإعتقادات والنشاطات الدينية على علاج الإكتئاب لدى المرضى بالأمراض العضوية المزمنة (السكري، السرطان، أمراض القلب)، وتم تشخيصـهم بواسطة مقياس المركـز الوبـائي للإكتئـاب **(The Center for Epidemological Studies Depression Scale)**، تم علاج ومتابعة المرضى لفترة (١٢) أسبوع، تم فيها تقييم الأعراض والمتغيرات عبر هذه الفترة (٤) مرات، ويتم متابعة أعراض وتحديد التغيير في كل عرض وتـم فحص المتغيرات الدينية التي تمثل عامل مؤثر على فحص الأعراض الإكتئابية بنموذج كوكس مع التحكم في العوامل الديمغرافية وعوامل الصحة العـضوية، والنفس اجتماعية. وتوصلت الدراسة إلى أن (٤٧) مريض (٥٤%) تماثلوا إلى الشفاء، كما تم ربط الإستعداد الغريزي الديني بـزمن أو مـدة الـشفاء، فـإن المرضى الذين لديهم إستعداد وميول ديني إستجابوا وأحرزوا درجـات أعلـى، وعليه تخلص هذه الدراسة إلى أن التدين يساعد في الشفاء من الإكتئاب.

٨. دراسة محمد عبد المجيد (١٩٩٧م): بعنوان: العلاج النفسي والديني لمرضـى الربو الشعبي. استخدم الباحث المنهج التجريبي، هدفت هذه الدراسة إلى تجربة العلاج النفسي بالإسترخاء العضلي، والعلاج الديني بالرقية على مرضى الربو الشعبي، تكونت عينة الدراسة من (٦٠) مريضاً من بين المرضـى المتـرددين على مستشفى الشعب بالخرطوم، قسمت العينة إلى ثلاثة مجموعات إشتملت كل مجموعة على (٢٠) مريض، بلغ عددهم (٢٨) أنثـى، (٣٢) ذكـر، متوسـط أعمارهم ٣٣ سنة، تتلقى العلاج النفسي بالإسترخاء العضلي، بالإضـافة إلـى العلاج الديني بالرقية وتلقت المجموعة (ب) العلاج بالإسترخاء فقط، بينما كانت المجموعة (ج) مجموعة ضابطة.

وأسفرت نتائج هذه الدراسة إلى الآتي:-

١) وجود تحسن بدلالة إحصائية على المجموعتين (أ، ب) بالمقارنة مع المجموعة (ج).

٢) دلت النتائج على أن التحسن في المجموعة (أ) أكبر من التحسن في المجموعة (ب).

٩. دراسة عبد الرحمن عثمان (١٩٩٧م)، بعنوان: العلاج السلوكي المعرفي المعدل بمضامين إسلامية، هدفت هذه الدراسة إلى تصميم برنامج يقوم على إستخدام بعض المضامين الإسلامية، وبعض أساليب العلاج السلوكي المعرفي، كما هدفت هذه الدراسة إلى معرفة إمكانية تطبيق هذا البرنامج في مجال العلاج النفسي وخاصة في علاج الإكتئاب الخالي من أعراض ذهانية، ومقارنة فعالية هذا البرنامج بفعالية كل من العلاج بالعقاقير والعلاج بالبرنامج المزدوج.

إستخدم الباحث المنهج التجريبي لجمع البيانات، وقد بلغ حجم العينة (٥٠) مريضاً من المترددين على عيادات الطب النفسي بولاية الخرطوم، وقد تم تقسيم هذه العينة إلى ثلاثة مجموعات، بلغ عدد جلسات المجموعة الأولى والثانية (٨) جلسات، بينما إستمر العلاج بالعقاقير والعلاج بالبرنامج المزدوج لمدة شهرين. وإستخدم الباحث إختبار بك المصغر للإكتئاب ومقياس الإتجاهات السالبة ومقياس درجة التحسن.

توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:-

١) إمكانية تطبيق برنامج الدراسة المقترح عيادياً.

٢) فعالية البرنامج في تخفيف درجة الإكتئاب الخالي من أعراض ذهانية، وفي تحقيق الإتجاهات السالبة للمرضى.

٣) فعالية البرنامج المزدوج.

٤) عدم فعالية العلاج بالعقاقير في تخفيف الإكتئاب والإتجاهات السالبة.

٥) وجود علاقة إرتباطية بين درجة التحسن في الإكتئاب وبين التحسن في الإتجاهات السالبة داخل مجموعة العلاج بالبرنامج السلوكي المعرفي (المعدل بمضامين إسلامية).

٦) لم تشر النتائج لوجود علاقة مماثلة داخل نفس المجموعة بـين التحـسن فـي الإكتئاب والإتجاهات مع كل من درجة التدين، النوع، العمر، المستوى التعليمي، فترة المرض، حدة المرض، الحالة الإجتماعية.

١٠. دراسة شلاتر **Schlatter** وفرناس **Ferrans** بجامعة لينوايوس بولاية شيكاغو بالولايات المتحدة (١٩٩٨م)، هدفت إلى معرفة فاعلية برنامج علاجي تعليمـي في تقليل إرتفاع معدل الفوسفيت لدى مرضى الفشل الكلـوي تحـت الغـسيل الدموي. أجريت الدراسة على (٢٩)، مريض لديهم إرتفاع في معدل الفوسفيت والذين إستخدموا الغسيل الدموي لفترة تزيد من ثلاثة شهور، وتمت هذه الدراسة في مركزين لغسيل الكلى بمجموعة واحدة، وتم تطبيق إختبار قبلي وبعدي على هذه المجموعة، ويتم إعطاء المريض جلسات تعليمية عن المرض ونوعيـة الغـذاء وكيفية التعامل معه، وأوضحت نتائج الدراسة الآتي:-

لا يرتبط التغيير في معدل الفوسفيت بالجنس أو المستوى التعليمـي أو الوحـدة العلاجية، وأوضحت النتائج تحسن في نتائج المختبرات، حيث إنخفـض ثقـل الفوسفيت، كما إرتفع معدل الكالسيوم. وخلاصة هـذه الدراسـة أن الجلـسات والبرامج التعليمية أثرت على نتائج المريض المعملية ممـا أدى إلـى زيـادة مواظبته على العلاج.

١١. دراسة سالي **Sally S. Fish** ومارك قـسري **Mark r. Guthrie** وكريـستوفر بلاق **Christopher R. Blagg** في مركز نورث وست **Northwest** لأمـراض الكلى بجامعة واشنطون ولاية سياتل بواشنطون في الولايات المتحدة الأمريكية عام ١٩٩٩م. هدفت الدراسة إلى معرفة تأثير البـرامج العلاجيـة بالتمـارين الرياضية والإرشاد والتأهيل النفسي والعلاج السلوكي المعرفي على نوعية حياة المرضى قبل وبعد عملية الإستصفاء الدموي. وأجريت الدراسـة علـى (١٨) مريض لم يبداو عملية الإستصفاء الدموي ولكن من المتوقع بدءها خـلال (٦) أشهر، وعلى (١٨) مريض بدأوا عملية الإستصفاء الدموي (١ - ٥) سـنوات. وتم تطبيق البرنامج في بداية الـ ٦ أشهر على نـصف المرضـى مـن كـل مجموعة، وتم توزيع البقية عشوائياً كمجموعة ضابطة، لـم يتلقـوا تقـديم أي معالجات أثناء المتابعة. وأثبتت النتائج أن نوعية الحياة مستقرة أو متحسنة لدى المرضي الذين لم يبدأوا الغسيل في المجموعة التجريبية وتتدنى لدى نفس الفئة

في المجموعة الضابطة، (أي تلك التي لم تتلقى العلاج) والأمر ذاته بالنسبة للفئة التي تزاول الغسيل بدون برنامج. أثبتت الدراسة أن البرنامج العلاجي مفيد مع المرضى قبل بدء وبعد الغسيل، وأنه يجب مواصلة مراقبة نوعية الحياة.

١٢. دراسة ديروبيز وآخرون (٢٠٠٠م)، **De Rubies & et al**، هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة أثر العلاج العقاقيري والعلاج السلوكي المعرفي على الإكتئاب لدى المرضى بالأمراض العضوية المزمنة، وإلى مقارنة فعالية نتائج العلاج بالعقاقير المضادة للإكتئاب، والعلاج السلوكي المعرفي، في المرضى المصابين بالإكتئاب الشديد، وتمت هذه الدراسة بواسطة المعهد القومي للصحة النفسية لعلاج ودراسة الإكتئاب. ثم مقارنة نتائج العلاج بالعقاقير والعلاج المعرفي السلوكي داخل أربعة دراسات مختلفة من نفس أفراد العينة. وقد أبانت النتائج فعالية العلاج المعرفي السلوكي أكثر من العلاج العقاقيري.

١٣. دراسة سيوراستيوارت (٢٠٠٠م)، بوحدة غسيل الكلى بكينستون بمدينة كينستون بالولايات المتحدة الأمريكية لمعرفة مدى فعالية برنامج العلاج السلوكي التعليمي المطور للمساعدة على المواظبة والإنتظام في العلاج على تحسين مستوى البولينا للمرضى تحت الغسيل الدموي. تم تطبيق البرنامج على (٨١) مريض يستخدمون الغسيل الدموي، وتم تقسيم المرضى إلى مجموعة تجريبية تتكون من (٥٠) مريض تتراوح أعمارهم من (١٩ - ٥٧)، وأوضحت النتائج أن ٩٢% كانوا من الأمريكان السود و٤٨% من الإناث، تم تعريض المجموعة التجريبية للبرنامج المساعد على المواظبة (إستخدم البرنامج الجلسات العلاجية، مواد تعليمية، ملصقات، ألعاب، شرائط فيديو)، لم تشارك المجموعة الثانية في أي برنامج وتم قياس وفحص البولينا شهرياً لمدة ستة أشهر في فترة ما قبل العلاج، وأوضحت النتائج أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً في درجات البولينا بين المجموعتين **(P = > 0.05** ولكن هناك فروق ظاهرة في الزمن وخاصة في فترة ما بعد العلاج، مقارنة بفترة قبل العلاج **baseline P = < 0.05**، وتوضح النتائج أن هذا البرنامج فعال في تقليل نسبة البولينا لدى المرضى تحت الغسيل الدموي.

١٤. دراسة ريم أحمد عبد الكريم (٢٠٠١م) بعنوان: تصميم برنامج يشمل أسـاليب متعددة للعلاج النفسي في تخفيف حدة الإكتئاب لدى مرضـى الفـشل الكلـوي المزمن. تكونت عينة الدراسة من (٥٦) مريض، تتـراوح أعمـارهم (١٨ - ٤٥) سنة، إستخدمت الباحثة المنهج شبه التجريبي ومقياس بك المصغر لقياس الإكتئاب (قبلي، بعدي)، وتوصلت نتائج الدراسة إلى الآتي:-

١) فعالية البرنامج المقترح في تخفيف الإكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي.

٢) لا توجد علاقة بين التحسن وإنخفاض درجة الإكتئاب وبعض المتغيرات الأخرى مثل: النوع، المستوى الإجتماعي، المستوى التعليمي.

٣) توجد فروق ذات دلالة بين المرضى العاملين وغير العاملين لصالح مجموعـة غير العاملين.

١٥. دراسة رضاب محمد علي (٢٠٠١م): بعنوان: تطبيق برنامج العنايـة الذاتيـة لمرضى الأيدز كأسلوب إرشادي لمرضى الفشل الكلوي المزمن، تكونت عينـة الدراسة من (١٥) مريض تم إختيارهم بصورة متحيزة عـن طريـق الكتلـة (ذكوراً وإناثاً)، لم يخضعوا لأي برنامج إرشادي أو علاجـي نفـسي مـسبق. إستخدمت الباحثة المنهج التقويمي بتصميم شبه تجريبي دون عينـة ضـابطة. تعرضت فيه أفراد العينة لقياس (قبلي وبعدي)، لتقييم مدى فعالية البرنامج.

وتوصلت نتائج الدراسة إلى الآتي:-

١) برنامج العناية الذاتية المستخدم، له فعالية دالة إحصائياً في رفع مستوى العنايـة الذاتية لمرضى الفشل الكلوي المزمن.

٢) فعالية برنامج العناية الذاتية المستخدم لا يتأثر بمتغير النوع والمستوى التعليمي.

ثانياً: التعقيب على الدراسات السابقة:-

١) لا توجد ضمن الدراسات السابقة دراسات سودانية هدفت إلى تصميم برنامج للعلاج السلوكي المعرفي لتحسين درجة القلق والإكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

٢) معظم الدراسات التي تم عرضها أجريت في بيئات غير سودانية، ما عدا دراسة ريم (٢٠٠١م)، التي هدفت إلى تصميم أساليب متعددة من العلاج النفسي لتخفيف الإكتئاب فقط، لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن، ودراسة رضاب (٢٠٠١م)، التي هدفت إلى تطبيق برنامج العناية الذاتية لمرضى الأيدز كأسلوب إرشادي لمرضى الفشل الكلوي المزمن.

٣) رغم تعدد الدراسات والبحوث المتنوعة في هذا المجال، إلا أن معظمها تشير إلى ضرورة إجراء المزيد من البحوث.

ثالثاً: أوجه الإستفادة من الدراسات السابقة:-

إستفادت الباحثة كثيراً من إطلاعها على الدراسات السابقة التي تم عرضها والتعليق عليها، حيث أنها شكلت قاعدة إنطلاقة للدراسة الحالية، إسترشاداً بالأساليب العلاجية المستخدمة في العلاج والنتائج التي تم التوصل إليها، الأمر الذي مكن الباحثة من إختيار المنهج المناسب للدراسة (المنهج التجريبي)، وإضافة وحذف متغيرات أخرى.

رابعاً: موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:-

١) دراسة إمكانية تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي في تحسن درجة القلق والإكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن السودانيين.

٢) يمكن أن تضيف هذه الدراسة إلى الدراسات السابقة ما إشتملت عليه من إستراتيجيات علاجية قد يستفيد منها مريض الفشل الكلوي المزمن.

٣) قامت هذه الدراسة على العلاج الفردي بالنسبة للمريض، وذلك بخلاف معظم الدراسات السابقة التي طبقت برامجها على مجموعات، مثل دراسة بوركوفيتشي وآخرون ١٩٩١م..

٤) إهتمت هذه الدراسة بنظام تطبيق الواجبات المنزلية كتمارين تعطى للمريض في نهاية الجلسة، بينما إفتقرت معظم الدراسات لهذا الإجراء، مثل دراسة شلاتر **Schlatter** ١٩٩٨م، ودراسة ماجدة خميس ١٩٩٤م.

٥) معظم الدراسات السابقة إهتمت بتطبيق أساليب متعـددة للعـلاج النفـسي مـع مرضى الفشل الكلوي المزمن، مثل دراسـة ريـم ٢٠٠١م، ودراسـة بـورنز ١٩٩٢م، ودراسة سالي ومارك قسري وكريستوفر ١٩٩٩م، ولكـن الدراسـة الحالية إهتمت بتطبيق جلسات علاجية متكاملة تستند علـى المـنهج الـسلوكي المعرفي بحيث يتعلم المريض إستراتيجيات جديدة تساعده على تعـديل أفكـاره الآلية السالبة.

٦) بعض الدراسات السابقة إهتمت بتعديل بعض البرامج العلاجية كأسلوب إرشادي لمريض الفشل الكلوي المزمن، مثل دراسة ريم (٢٠٠١م)، بينما إهتمت الدراسة الحالية بإعداد وتصميم برنامج علاجي لمرضى الفشل الكلوي المزمن.

٧) بعض من تلك الدراسات طبقت برنامجها العلاجي على مرضى الفشل الكلـوي المزمن الذين يعانون من الإكتئاب فقط، أو القلق فقط، بينما إهتمت هذه الدراسة بتطبيق البرنامج العلاجي المقترح على مرضى الفشل الكلوي المـزمن الـذين يعانون من القلق والإكتئاب معاً بإعتبار وجودهما المتزامن مع مرضى الفـشل الكلوي.

٨) يلاحظ من الدراسات السابقة أن معظمها أجنبية، وقلة قليلة من الدراسات عربية، كما لا توجد دراسة واحدة سودانية إهتمت بتحسين أو تخفيف درجـات القلـق والإكتئاب معاً كإضطرابين متزامنين لمرضى الفشل الكلوي المزمن.

١٠) غالبية الدراسات التي طبقت العلاج السلوكي المعرفي طبقت مـن إسـتراتيجية واحدة إلى ثلاثة إستراتيجيات فقط، من العلاج السلوكي المعرفي، بينما طبقـت في هذه الدراسة (٧) إستراتيجيات من العلاج السلوكي المعرفي.

١١) بعض من الدراسات السابقة هدفت إلى معرفة آثر العلاج الـسلوكي المعرفـي لدى المرضى المصابين بالأمراض العضوية المزمنـة مثـل دراسـة كوينـغ وآخرون ١٩٩٤م، (السكري، السرطان، أمراض القلب)، قد يختلـف مجتمـع الدراسة من مجتمع الدراسة الحالية، إلا أن أوجه التشابه في أن الفشل الكلـوي يعتبر من الأمراض المزمنة، مما يجعل هذه الدراسة تناسب موضوع الدراسـة الحالية.

الفصـل الثالث

منهج الدراسة وإجراءاتها الميدانيـة

الفصــل الثــالث

إجـراءات الدراســة الميدانيــة

تمهيد:-

في هذا الفصل تقدم الباحثة شرحاً تفصيلياً لمنهج الدراسـة والعينـة وطريقـة إختيارها، والإجراءات التي إتبعت في إعداد الدراسة، وطريقة جمع المعلومات وطريقة تطبيق الجلسات العلاجية المقترحة. كما يتم فيه تحديد متغيرات الدراسة، والإختبـارات الإحصائية التي إستخدمت لتحليل المعلومات وإختبارات الفروض.

منهج الدراسة:-

المنهج المتبع في هذه الدراسة هو المنهج التجريبي، وقد إختارت الباحثـة هـذا المنهج لأنه المنهج الأنسب، الذي يسمح للباحثة بإدخال المتغير التجريبي لمعرفة تأثيره وضبط تأثير المتغيرات الأخرى.

مصطلح تجريب:-

ورد في رجاء محمود أبو علام (١٩٩٨م)، أن مصطلح تجريب يعنـي تغييـر شئ ما، وملاحظة أثر هذا التغيير على شئ آخر. أي أن التجريب إدخال تعـديلات أو تغييرات معينة من أجل ملاحظة أثرها على شئ آخر. والغرض مـن التجريـب هـو التعلم، أي تعلم نتيجة أو أثر التغيير الذي تحدثه.

خصائص البحث التجريبي:-

ذكر عدس ذوقان (١٩٩٩م)، يتميز البحث التجريبي بست خصائص وهي:-

١) التكافؤ الأحصائي بين أفراد المجموعات المختلفة، وعادة ما يتم ذلـك بـالتعيين العشوائئ للأفراد. وهذا ما يتميز به مجتمع الدراسة في أنه مرضـى مـصابين بالفشل الكلوي المزمن، ويعانون من القلق والإكتئاب بدرجات متفاوتة.

٢) مقارنة مجموعتين أو أكثر من الأفراد.

٣) المعالجة المباشرة لمتغير مستقل واحد على الأقل.

٤) قياس كل متغير تابع.

5) إستخدام الإحصاء الإستدلالي.

٦) تصميم يوفر أقصى ضبط ممكن للمتغيرات الخارجية (المتغيرات الدخيلة).

أضاف ديويولدفان، (١٩٩٧م)، أن البحث الذي تتوفر فيه كل الخصائص السابقة بحث تجريبي خالص يمكننا من الوصول إلى العلاقات السببية بين المتغيرات عند تفسير النتائج.

الأسس النظرية للتجريب:-

كما ذكرها حسين فرحات (١٩٩٥م)، هي:-

١) يمكن تكراره تحت نفس الشروط مع نفس الأفراد، للحصول على نفس النتائج.

٢) يمكن بواسطته التحكم في أكبر مجموعة ممكنة من الشروط.

أنواع التجريب:-

جاء في بسمات (٢٠٠٢م)، إتفق عليها كل محمد محمود بوحـوش (١٩٨٩م)، وعبيدان وآخرون (١٩٨٩م)، وحسن المنسي (١٩٩٩م)، وهي:-

١) تصميم تجريبي بإستخدام مجموعة واحدة.

٢) تصميم تجريبي بإستخدام مجموعتين متكافئتين.

وأضاف عبيدان وأخرون، ومحمد محمود بوحوش (١٩٨٩م) نوعاً ثالثاً للتصميم التجريبي وهو أسلوب تدوير المجموعات. والطريقة المتبعة في هذه الدراسة من أنـواع التجريب التي أختارتها الباحثة هي:-

تصميم تجريبي بإستخدام مجموعة واحدة **The One Group Method**:-

أوضح عبيدان وآخرون (١٩٨٩م)، يستخدم هذا الأسلوب مجموعة واحدة فقط، تتعرض هذه المجموعة لإختبار قبلي لمعرفة حالتها قبل إدخال المتغير التجريبي، وبعد ذلك نقوم بإجراء إختبار بعدي، فيكون الفرق في نتائج المجموعة على الإختبارين القبلي والبعدي ناتجاً على تأثرها بالمتغير التجريبي.

ومن أهم فوائد هذه الطريقة أو التصميم الآتـي:-

١) يكون للعامل التجريبي آثر واضح تماماً كأن ندرس أثر إستخدام دواء فعال على تحسن صحة المريض، وفي مثل هذه الحالة سيبدو الفرق واضحاً لأن إسـتخدام هذا الدواء الفعال سيعمل على إحداث تحسن سريع وواضح.

٢) تكون مدة التجربة قصيرة لذا يمكن إرجـاع الفـروق إلـى إسـتخدام العامـل التجريبي، أما إذا كانت الفترة التجريبية طويلة فمن الصعب إرجاع الفروق إلى العامل التجريبي وحده.

مجتمع الدراسة:-

يتكون المجتمع الأصلي للدراسة الحالية من المرضى المصابين بالفشل الكلوي المزمن المصابين بالقلق والإكتئاب بدرجات متفاوتة، والذين تتم معالجتهم بجلسات الإستصفاء الدموي بطريقة منتظمة وبصورة مستمرة في مراكز علاج وغسيل الكلى بولاية الخرطوم (الحكومية).

والجدول التالي يوضح المجتمع الأصلي لأفراد عينة الدراسة الحالية.

جدول رقم (١) يوضح المجتمع الأصلي لأفراد عينة الدراسة :-

م	اسم المركز	عدد المرضى
١	مركز أحمد قاسم	٧٠
٢	مركز ابن سيناء	٥٥
٣	مركز مستشفى الخرطوم	٢٩
٤	مركز مستشفى أمدرمان	٤٢
٥	مركز الخرطوم بحري	٥٤
	المجموع	**٢٥٠**

وبناءاً على الأرقام أعلاه فإن المجتمع الأصلي للدراسة الحالية يتكون من (٢٥٠) مريضاً.

طريقة إختيار العينة:-

تم إختيار العينة عن طريق الإختيار العشوائي، وهو المعاينة الطبقية العشوائية المتساوية، أوضح رجاء محمود أبو علام (٢٠٠٦م)، إن إستخدام هذه الطريقة يمكننا من الحصول على أعداد متساوية من كل طبقة بطريقة عشوائية، ولهذا الإجراء مزايا خاصة عند إستخدام الأساليب الإحصائية التي تتطلب تساوي في الأعداد المختلفة للعينة، ويوضح حسن المنسي (١٩٩٩م)، أهمية أستخدام هذا الأسلوب عندما يشعر الباحث أن الإختيار العشوائي للعينة قد لا يكون ممثلاً لخصائص مجتمع الدراسة وهنا يكون الخطأ العيني كبيراً.

شرح طريقة إختيار العينة:-

تم إختيار عينة الدراسة بالطريقة العشوائية الطبقية المتساوية، وفق الخطـوات الآتية: -

١) أخذت الباحثة قائمة بأسماء جميع المرضى المداومين على جلسات الإستـصفاء الدموي والذين تم تشخيصهم مسبقاً بأنهم يعانون من القلق والإكتئاب، في كـل مركز من مراكز علاج وغسيل الكلى الموضحة في مجتمع الدراسة.

٢) أستعانت الباحثة بتطبيق مقياس القلق والإكتئاب العيادي هادس **(HADS)**، لتحديد درجة القلق والإكتئاب.

٣) من داخل كل طبقة قامت الباحثة بإختيار عدد من مرضى الفشل الكلوي المزمن الذين يعانون من القلق والإكتئاب عن طريق قصاصات الورق.

عينة الدراسة:-

عرف عامر قندلجي (١٩٩٢م)، العينة بأنها جزء من مجتمع ما، تمثله من حيث الخصائص والصفات، وبالتالي تغني الباحث في ذلك المجتمع عن دراسة كل وحداتـه، حيث يكون المجتمع الأصلي في أغلب الأحيان كبيراً جداً ومن الصعب دراسته.

بلغ حجم العينة التي تم إختيارها من المجتمع الأصلي في مرحلة التطبيق القبلي للمقياس (١٠٠) مريضاً، (٥٠) ذكر، (٥٠) أنثى، مصابين بالفشل الكلوي المزمن، وتتم معالجتهم عن طريق جلسات الإستصفاء الدموي، ويعانون من القلق والإكتئاب بدرجات متفاوتة، ولكن تم إستبعاد (١٧) مريضاً، (٤) مرضـى مـن الأطفـال، (٥) مرضـى مصابين بالأعراض الذهانية، و(٨) مرضى إحرازوا درجات منخفضة في مقياس القلق والإكتئاب العيادي (هادس)، وأصبح حجم العينة (٨٣) مريضاً. وفي مرحلـة التطبيـق البعدي للمقياس تم إستبعاد (٢٣) مريضاً لظروف مختلفة سوف يتم شرحها بالتفـصيل في تطبيق أدوات الدراسة الميدانية (صفحة ١٤٧ - ١٤٨)، ويصبح عدد أفـراد عينـة الدراسة (٦٠) مريضاً، والذين تم إختيارهم من مراكز علاج وغـسيل الكلـى بولايـة الخرطوم، والمراكز هي: -

١) مركز أحمد قاسم لأمراض وغسيل الكلى.

٢) مركز أبن سيناء لأمراض وغسيل الكلي.

٣) مركز مستشفى الخرطوم لأمراض وغسيل الكلى.

٤) مركز مستشفى أم درمان لأمراض وغسيل الكلى.

٥) مركز الخرطوم بحري لأمراض وغسيل الكلى.

الجدول التالي يوضح توزيع عينة الدراسة من أفراد هذه المجموعة مـن حيـث النوع والمراكز التي تم إختيارهم منها.

جدول رقم (٢) يوضح توزيع عينة الدراسة على حسب نـوع المفحوصيـن والمراكـز التي تم إختيـارها:-

م	اسـم المـركز	عدد الحالات الذكور	عدد الحالات الإناث	المجمـوع
١	مركز أحمد قاسم	٨	٧	١٥
٢	مركز أبن سيناء	٧	٧	١٤
٣	مركز مستشفى الخرطوم	٦	٥	١١
٤	مركز مستشفى أم درمان	٥	٤	٩
٥	مركز الخرطوم بحري	٥	٦	١١
	المجمـوع	**٣١**	**٢٩**	**٦٠**

توصيف عينة الدراسة:-

إشتملت عينة الدراسة الحالية على (٦٠) مريـضاً، (٣١) ذكـر، (٢٩) أنثـى، مصابين بالفشل الكلوي المزمن والذين يداومون على جلـسات الإستـصفاء الـدموي بصورة منتظمة من مرتين إلى ثلاثة مرات في الأسبوع، والمترددين على مراكز علاج وغسيل الكلى بولاية الخرطوم، تتراوح أعمارهم ما بين (٢٠ – ٥٥ سنة)، المتعلمـين وغير المتعلمين، المتزوجين وغير المتزوجين، العاملين، وغير العاملين، صغار السن، وكبار السن، كما يبين مجتمع الدراسة أن هؤلاء المرضى تم تشخيصهم مـسبقاً بـأنهم يعانون من بعض الإضطرابات النفسية مثل القلق والإكتئاب، والتي تم تحديـدها عـن طريق مقياس القلق والإكتئاب العيادي **(HADS)**. ولذا أصبح مجتمع الدراسة المرضي المصابين بالفشل الكلوي المزمن المداومون على جلسات الإستصفاء الدموي، والـذين يعانون درجات متفاوتة من القلق والإكتئاب (دون أعراض ذهانية)، والجـدول التـالي يوضح توصيف العينة في حجمها النهائي تبعاً للنوع وبعض المتغيرات الأخرى.

جدول رقم (٣) يوضـــح التكرار والنسبـة المئويــة للمعلومــات الأساسـية لعينــة الدراســة:-

المتغيـرات	مستوى المتغيرات	التكرار	النسبة المئوية
العمر	٢٠ – ٣٦	٢٠	%٣٣
	٣٧ – ٤٥	١٩	%٣٢
	٤٦ – ٥٥	٢١	%٣٥
النوع	ذكر	٣١	%٥١,٧
	أنثى	٢٩	%٤٨,٣
المستوى التعليمي	أمي	٦	%١٠
	أساس	١٤	%٢٣
	متوسط	١٨	%٣٠
	ثانوي	٢٢	%٣٦,٧
الحالة الاجتماعية	متزوج	٣١	%٥١,٧
	غير متزوج	١٣	%٢١,٧
	مطلق	١٦	%٢٦,٧
العمل الحالي	يوجد	٩	%١٥
	لا يوجد	٥١	%٨٥
بداية ظهور المرض بالسنوات	١ سنة	٥	%٣,٨
	٢ سنة	١٨	%٣٠
	٣ سنوات	١٥	%٢٥
	٤ سنوات	٧	%١١,٧
	٥ سنوات	٥	%٨,٣
	٦ سنوات	٦	%١٠
	٧ سنوات	٣	%٥
	٨ سنوات	١	%١,٧
الرغبة والأمل في عملية زراعة كلى	نعم	٤٥	%٧٥

%٢٥	١٥	لا	

متغيرات الدراسة:-

المتغير المستقل في هذه الدراسة هو العلاج السلوكي المعرفي، الذي تتم به المعالجة وهو الذي تريد الباحثة أن تقيس أثره على المتغيرات الأخرى التابعة.

المتغيرات التابعة تشتمل على الآتي:-

١) القلق والإكتئاب.

٢) العمر

٣) النوع

٤) الحالة التعليمية

٥) الحالة الاجتماعية.

٦) الوضع الوظيفي.

٧) بداية ظهور المرض بالسنوات.

٨) الرغبة والأمل في إجراء عملية زراعة كلى.

أدوات الدراسة:-

جاء في عبد الرحمن أحمد عثمان (١٩٩٥م)، الأداة هي الطريقة التي تستخدم في جمع المعلومات، وأضاف بأن على الأداة أن تكون صادقة بمعنى أن تقيس فعلاً ما يراد لها قياسه. وقد إعتمدت الباحثة في هذه الدراسة على الأدوات الآتية:-

١) إستمارة البيانات الأساسية.

٢) مقياس القلق والإكتئاب العيادي هادس **(HADS).**

٣) برنامج العلاج السلوكي المعرفي المقترح (من تصميم الباحثة)

أولاً: إستمارة البيانات الأساسية:-

يعرف حسين فرحات (١٩٩٥م)، الإستمارة، بأنها عبارة عن مجموعة أسئلة محددة الإجابات مرتبطة ببعضها البعض من حيث الموضوع بصورة تكفل الوصول للمعلومات التي يسعى الباحث للحصول عليها.

وقد قامت الباحثة بإعداد إستمارة في شكل أسئلة عددها (٧) أسئلة، تهدف بصورة رئيسية لجمع معلومات عن المفحوص عليه مثل: العمر، النوع، الحالة التعليمية، الحالة الاجتماعية، الوضع الوظيفي، بداية ظهور المرض بالسنوات، الرغبة والأمل في إجراء عملية زراعة كلى. (أنظر ملحق رقم ١).

ثانياً: مقياس القلق والإكتئاب العيادي (HADS):-

لما كان قياس القلق والإكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن هو أحد أركان هذه الدراسة الأساسية، كان لا بد من تحديد أداة قياس مناسبة لهـذا الغـرض، وبعـد الإطلاع والتشاور في أوساط الأدوات المطروحة للقياس وقع إختيار الباحثة على مقياس القلق والإكتئاب العيادي هادس **(HADS)**، و الذي أعده زيقمـون إسـينت **Ziegmon Esniet** عام ١٩٨٣م لذات الغرض، وقام بترجمتـه وتعديلـه محمـد صـلاح خليـل (١٩٩٥م)، (جامعة الخرطوم) ووصفه بالصورة النهائية، مهيد محمد متوكل (جامعـة أم درمان الإسلامية).

يتكون هذا المقياس من (١٤) عبارة، حيث تشير العبارات الفردية في المقيـاس إلى القلق، والعبارات الزوجية إلى الإكتئاب. والجدول التالي يوضح عبـارات مقيـاس القلق والإكتئاب العيادي هادس **(HADS).**

<u>جدول رقم (٤) يوضح عبـارات</u>
<u>مقياس القلق والإكتئاب العيادي **(HADS):-**</u>

المقياس	عدد العبارات
القلق	٧
الإكتئاب	٧
المجموع	١٤ عبارة

طريقة تصحيح المقياس:-

لكل سؤال من أسئلة المقياس أربعة إجابات (خيارات)، تتدرج من (صـفر، ١، ٢، ٣) يسمح للمريض بإجابة واحدة فقط، ويكون التقييم معاكس للإجابة مثلاً: الإجابـة الأولى درجتها (٣) والإجابة الأخيرة درجتها (صفر)، ثم تجمع كل الـدرجات لتحديـد القلق والإكتئاب.

مبررات إختيار المقياس:-

وقد جاء إختيار الباحثة لهذا المقياس نتيجة لعدة مبررات أهمها:-

١) من أكثر المقاييس ملائمة في قياس القلـق والإكتئـاب النـاتج عـن الإصـابة بالأمراض العضوية المزمنة.

٢) إنه يحقق هدفاً رئيسياً من أهداف هذه الدراسة إذ أنـه يقـيس درجـات القلـق والإكتئاب لمرضى الفشل الكلوي بصورة مباشرة بواسطة عدة عبارات.
٣) يعتبر هذا المقياس من أكثر المقاييس إنتشاراً في مجال الصحة النفسية.
٤) عباراته واضحه وسهلة الفهم.
٥) يتسم بدرجة ثبات عالية، وملائمته للبيئة السودانية.
٦) طريقة تصحيحه سهلة توفر مفتاح التصحيح.

أنظر الجدول التالي.

جدول رقم (٥) يوضح مفتاح تصحيح الصورة الأصلية لمقياس القلق والإكتئاب العيادي **(HADS).**

	مدى الدرجـــة	درجة القلق والإكتئاب
مستوى القلق	صفر – ١	لا يوجد Nil
	٢ – ٣	ضعيف Mid
مستوى الإكتئاب	٤ – ٧	متوسط Moderate
	٨ فما فوق	شديد Sever

ثبات المقياس في البيئة السودانية:-

قام محمد صلاح خليل (١٩٩٥م) بدراسة ثبات المقياس في البيئـة الـسودانية بطريقتين:-

١) إعادة تطبيق المقياس **Re. Test.** تم تطبيق المقياس مرتين على عينـة قوامهـا (٥٠)، فرداً وبفاصل زمني قدره الشهر والنصف وقد بلغ الثبات (٠,٧٧).
٢) التجزئة النصفية **Split Half.** بعد تطبيق المقياس علـى العينـة الإسـتطلاعية المذكورة تم تصحيح عباراته، ثم نصف هذه العبارات إلى نـصفين، النـصف الأول يتضمن العبارات الفردية والنصف الثاني يتضمن العبـارات الزوجيـة، وبإستخدام معادلة سبيرمان براون بلغ معامل الإرتباط الكلي للمقياس (٠,٨٧).

الصدق الظاهري:-

ذكرت أن مايبرز (١٩٩٠م) ، أن صدق المقياس يقصد به الدرجة من الـصحة التي يقيس بها ما يراد له قياسه أو فحصه، وقد أوضح حسين فرحـات (١٩٩٥م)، أن

هذا النوع من الصدق يقوم على فكرة مناسبة الإختيار لما يقيسه، ولمن يطبق عليه ويبدو مثل هذا النوع في وضع البنود، ومدى علاقتها بالقدرة أو السمة أو البعد الذي يقيسه الإختبار، وللتأكد من ذلك قامت الباحثة غادة محمد محمود (٢٠٠١م) بعرض هذا المقياس على عدد من المتخصصين في علم النفس والتربية بغرض التحكيم ومعرفة مدى ملائمة هذا المقياس على البيئة السودانية ومرضى السكري.

وقد تم تحكيم هذا المقياس بواسطة المتخصصين(*) في هذا المجال، وبناءاً عليه يصبح هذا المقياس بصورته النهائية ملائماً لهذه الدراسة الحالية. أنظر ملحق رقم (٣).

الخصائص القياسية للمقياس في مجتمع الدراسة الحالية:-

لمعرفة الخصائص القياسية لمقياس القلق والإكتئاب العيادي هادس **(HADS)** في صورته المعدلة، قامت الباحثة بتطبيقه على عينة إستطلاعية عشوائية صغرة من مجتمع الدراسة يتكون من (٣٠) مفحوصاً، (١٥) ذكر و(١٥) أنثى، وذلك بهدف التأكد من الإتساق الداخلي للمقياس، وإيجاد معامل الثبات والصدق لمقياس القلق والإكتئاب العيادي.

أولاً: الإتساق الداخلي لمقياس القلق والإكتئاب العيادي هادس (HADS) :-

يعتبر صدق التكوين الفرضي من أفضل الطرق في تحديد صدق الإختبار، وفي هذا يشير فؤاد أبو حطب المذكور في ماجدة الشاذلي (١٩٩٧م)، إلى أن أفضل الطرق التي تستخدم في تحديد صدق الإختبارات التي في مرحلة التجريب هو صدق التكوين الفرضي، وتعبر طريقة الإتساق الداخلي على مدى إرتباط كل الوحدات أو البنود مع بعضها البعض داخل الإختبار. ولمعرفة الإتساق الداخلي لهذا المقياس قامت الباحثة بإيجاد معامل الإرتباط بين درجات كل بند مع الدرجة الكلية للمقياس الفرعي الذي يقع تحته البند، والجدول التالي يوضح هذا الإجراء.

(*) د. شمس الدين زيين العابدين، جامعة الخرطوم.

(*) د. محمد الأمين الخطيب، جامعة الخرطوم.

(*) د. إبتسام محمود أحمد، جامعة الخرطوم.

(*) د. رقية السيد الطيب، جامعة الخرطوم.

(*) د. مهيد محمد المتوكل، جامعة أم درمان الإسلامية.

<u>جدول رقم (٦) يوضح معامـلات إرتباطات البنود بالدرجة الكلية لمقاييسها الفرعية في مقياسالقلق والإكتئاب العيادي هادس **(HADS)**:-</u>

القـــــلق		الإكتئـــــاب	
١	٠,٢١٣٠	٢	٠,٢٩٤٧
٣	٠,٥٦٠٦	٤	٠,٥٥١٢
٥	٠,٥٧٣٧	٦	٠,٣٥٢٤
٧	٠,٤٤٤٥	٨	٠,٥١٥٣
٩	٠,٢٧٠٨	١٠	٠,٢٦٧٦
١١	٠,٣٧٢٥	١٢	٠,٢١٥٦
١٣	٠,٢٣١٧	١٤	٠,٢٩٩٣

تلاحظ الباحثة من الجدول أن لجميع البنود معاملات إرتباطات موجبة، وعليـه قررت الباحثة عدم حذف أي بند من المقياس، وبهذا الإجراء تكون صـورة المقيـاس الأصلية المكونة من (١٤) بنداً هي الصورة النهائية له. أنظر ملحق رقـم (٤). وهـي صورة لها صدق إتساق داخلي جيد، مما يشجع على إستخدامها في الدراسات العلميـة مثل هذه الدراسة.

ثانياً: معامل الثبات لمقياس القلق والإكتئاب العيادي (HADS) :-

أوضح أسعد ميخائيل (١٩٩٠م)، أن المقصود بثبات المقيـاس هـو أن يعطـي المقياس نفس النتائج إذا ما إستخدم اكثر من مرة تحت ظروف مماثلة، وأضاف رجـاء محمود أبو علام (٢٠٠٦م)، أن المقصود بثبات المقياس دقة المقياس أو إتـساقه فيمـا يقيس، ومن الطرق المستخدمة في تحديد ثبات المقياس هي:-

١) طريقة إعادة الإختبار.
٢) طريقة التجزئة النصفية.
٣) طريقة تحليل التباين.
٤) طريقة الإختبارات المتكافئة.

لحساب ثبات مقياس القلق والإكتئاب العيادي هادس **(HADS)** لمجتمع الدراسـة الحالية، استخدمت الباحثة طريقة تحليل التباين (معادلة الفاكرونباخ) على بيانات العينـة

الإستطلاعية المكونة من (٣٠) مفحوصاً وبإستخدام جهاز الحاسوب حصلت على النتائج الموضحة بالجدول.

جدول رقم (٧) يوضح معاملات الثبات لأبعاد مقياس القلق والإكتئاب العيادي بإستخدام معامل تحليل التباين الفاكرونباخ:-

المقياس الفرعي (الأبعاد)	معامل الثبات
القلق	٠,٦٥٣٨
الإكتئاب	٠,٦٤٢٩

ثالثاً: الصدق الذاتي لمقياس القلق والإكتئاب العيادي هادس (HADS):-

أوضح رجاء محمود أبو علام (٢٠٠٦م)، أن الصدق الذاتي يساوي الجزر التربيعي لمعامل الثبات، وعليه قامت الباحثة بإيجاد الصدق الذاتي لمقياس القلق والإكتئاب العيادي لعدد من القيم الرقمية لمعاملات الثبات التي تم توضيحها في الجدول السابق رقم (٧). والجدول التالي يوضح هذا الإجراء.

جدول رقم (٨) يوضح معاملات الصدق الذاتي للأبعاد المختلفة بمقياس القلق والإكتئاب العيادي هادس **(HADS)**:-

المقياس الفرعي (الأبعاد)	معامل الصدق الذاتي
القلق	٠,٨٠٨٥
الإكتئاب	٠,٨٠١٨

يتضح مما سبق أن مقياس القلق والإكتئاب العيادي يتمتع بدرجة عالية من الثبات والصدق مما يشجع الباحثة لإستخدامه في هذه الدراسة. (أنظر ملحق رقم ٤).

ثالثاً: برنامج العلاج السلوكي المعرفي المقترح (من تصميم الباحثة):-

تمهيد:-

توضح الباحثة في هذا الجزء الهدف من البرنامج والجلسات العلاجية التي قامت بتطبيقها في هذه الدراسة، كما سيتم شرحاً تفصيلياً لها.

أكدت بعض الدراسات السابقة أن هناك علاقة وثيقة بين الأمراض المزمنة والإصابة بالإضطرابات النفسية مثل القلق والإكتئاب، مثل دراسة كوينغ وآخرون

(١٩٩٤م)، ودراسة ديروبيز وآخرون (٢٠٠٠م). كما أكدت بعض الدراسات إنتشار هذه الإضطرابات وسط المرضى المصابين بالفشل الكلوي المزمن مثل دراسة ماجدة خميس (١٩٩٤م)، دراسة ريم (٢٠٠١م).

أضاف أسعد الأمارة (د.ت)، كما جاء في شبكة المعلومات الدولية، أنه توجد علاقة وثيقة بين القلق والإكتئاب فهما وإن كانا مرضيين نفسيين مستقلين، إلا أنهما في كثير من الأحيان متزامنيين ومترادفين، أحياناً يكون القلق جزء من الإكتئاب أو نتيجة له، كما أن علاج الإكتئاب مفيداً جداً في علاج القلق في أكثر الأحيان.

أن القلق والإكتئاب هما مفهومان متداخلان، فالفرد القلق ربما يكون عرضه للإكتئاب، ولكن الفرد المكتئب هو بالضرورة قلق، وفضلاً عن ذلك يلاحظ أن نشاط الجهاز العصبي اللاارادي بنوعيه السمبتاوي والباراسبمتباوي في كل من القلق والإكتئاب، تشير معدلات التوتر بينهما إلى نسبة مقاربة، فنلاحظ مثلاً إزدياد في معدلات ضربات القلب وإزدياد في نسبة الأدرينالين والنور ادرينالين في الدم، عليه فالفرد القلق تظهر عليه أعراض فسيولوجية تشابهه تلك التي تظهر على المكتئب عصابياً مثال: تصبب العرق، الإضطرابات المعدية، إضطرابات النوم، الصداع، فقدان الشهية، إضطرابات التنفس، كما تتشابهه الأعراض النفسية مثل الخوف، عدم القدرة على التركيز والإنتباه...إلخ.

مما سبق رأت الباحثة أن البرنامج المقترح يناسب عينة الدراسة الحالية، إذ ينتشر القلق والإكتئاب بينهما بدرجات متفاوتة، (راجع فصل عرض النتائج صفحة ١٥١).

هدف البرنامج العلاجي:-

الهدف من تصميم هذا البرنامج مساعدة مرضى الفشل الكلوي المزمن الذين يعانون من إضطرابات القلق والإكتئاب لأحداث تغيرات حياتية، وتعليمهم طرق ومهارات جديدة للتكيف والتأقلم مع هذا المرض بهدف خلق واقع أفضل لهم، وتحقيق درجة أعلى من التوافق النفسي والاجتماعي، وذلك من خلال ممارسة بعض تقنيات وإستراتيجيات العلاج السلوكي المعرفي التي يعلم ويدرب المريض عليها من خلال الجلسات العلاجية المقترحة، التي بلغ عددها (١٣) ثلاثة عشر جلسة، تطبق في (ستة أشهر) ، بمعدل جلستين في الأسبوع، ويتراوح زمن الجلسة (٤٥) دقيقة، بعد أن يتم تدريب وتعليم المريض على التقنيات المختلفة، يطلب منه ممارستها كواجبات منزلية أو

نشاط منزلي في فترة (٣٠) دقيقة على الأقل، كما يعطي المعالج الإستراتيجيات للمريض بالتفصيل بلغة تتفق مع تعليمه ومستواه الثقافي، حتى يتمكن من ممارستها لمواجهة مشاكله الحياتية اليومية، وكل تقنية يكون بها حل لمشكلة معينة عند ظهور بعض الأعراض.

في هذا الصدد أوضح روبرت وآخرون كما جاء في سليجمان **Seligman** (١٩٩٩م)، ، أنه من المهم بعد أن يتعلم المريض الإستراتيجيات المختلفة، عليه بالمثابرة في ممارستها يومياً لمدة ثلاثة أشهر أو أكثر، لأنها توصل إلى السلوك السوي المتوافق تلقائياً، وهذه تسمى جلسات العلاج السلوكي المعرفي الشامل.

الأهداف العامة للجلسات العلاجية:-

١) تقييم شامل للمحتوى المعرفي والسلوكي للمريض.
٢) خلق علاقة حميمة وجيدة مع المريض.
٣) تقوية الإعتقادات الدينية للمريض.
٤) تعليم المريض طرق وإستراتيجيات جديدة للتكيف والتأقلم، وذلك لإحداث التغيير في حياته، ومساعدته في تقبل واقعه الجديد، بحيث يحقق درجة أعلى من التوافق النفسي والاجتماعي.
٥) تحديد مشاكل المريض بشكل واضح ودقيق، ومساعدته في حلها.
٦) إعادة توعية المريض وتبصيره بالحقائق الحياتية وكيفية مجابتها بالإسلوب الصحيح.
٧) رفع معنويات المريض وترويض المخاوف وتهدئة القلق، وإعادة الثقة بالنفس أو تقويتها وإسترجاعها.
٨) مساعدة المريض في تغيير الأفكار الآلية السالبة واللامنطقية، التي أدت إلى ظهور أعراض الإضطرابات النفسية التي يعاني منها.
٩) خلق روح الأمل والتفاؤل.
١٠) تعليم المريض أسلوب ضبط الذات من خلال إتباع الإرشادات الطبية والحمية الغذائية.

توضح الباحثة يجب أن تكون كل خطوات العلاج واضحة للمريض الذي يعمل بشكل متعاون مع المعالج ويضع معه الإستراتيجيات لحل المشكلات، وأن يكون العلاج محكوم بفترة زمنية محددة وأهداف متفق عليها وصياغة أجندة واضحة. وفضلات

الباحثة إستخدام اللغة الدارجة لمراعاة التفـاوت فـي المـستوى التعليمـي والثقـافي والاجتماعي وأيضاً لتعزيز المفاهيم الدينية (الصبر، الشكر، الحمد، الرضـاء...إلـخ)، وفي حالة المرضى ذوي التعليم المتدني (أمي مثلاً) يطلب من المريض الإعتماد علـى جوانب التفكير في إنجازات الواجبات المنزلية التي توكل إليه أثناء الجلسات العلاجيـة، وفي هذه الحالة يمكن الإستعانة بأقرب المرافقين للمريض (والـدة، والـد، زوج، أخ، أخت...إلخ).

مكونات الجلسات العلاجية:-

تشتمل الجلسة العلاجية على الآتي:-

١) الترحيب بالمريض.

٢) مراجعة الواجب المنزلي السابق.

٣) التمرين.

٤) الواجب المنزلي الجديد.

٥) تغذية راجعة.

- الترحيب بالمريض: يقصد به إظهار الحميمية العالية عند بداية الجلسة العلاجية.
- مراجعة الواجب المنزلي السابق: يقصد به مراجعة فهم المريض للإسـتراتيجية والمهام التي طلبت منه أن يمارسها في المنزل في الجلسة السابقة.
- التمرين: يقصد به التقنية أو الإستراتيجية التي يدرب عليهـا المـريض أثنـاء الجلسة العلاجية.
- الواجب المنزلي الجديد: يقصد به إعطاء المريض بعض المهام وهي عبارة عن واجب بإمكانه أن يمارسها في المنزل أو العمل أو أثناء جلـسات الإستـصفاء الدموي.
- تغذية راجعة: يقصد بها التأكد من فهم المريض للتقنية العلاجية التي يجب عليه ممارستها، والتدريب عليها وتعلمها، وكذلك فهمه للواجب المنزلي.

الجلسة الأولى: (تقييم الوضع السلوكي المعرفي):-

زمن الجلسة: ٦٠ دقيقة

الأجندة:-

١) الترحيب بالمريض.

٢) التمرين.

٣) الواجب المنزلي الجديد.

٤) تغذية راجعة.

الترحيب بالمريض:-

تبدأ هذه الجلسة بإستقبال المريض والترحيب به، ويفضل أن يكـون باسـمه . وعلى المعالج أن يعرفه بنفسه ودوره في العلاج، مؤكداً له مساعدته بقوله: (أنا إنـشاء الله سوف أساعدك لحد كبير على تحسن وضعك الصحي والنفسي والمشاكل البتعـاني منها، وإذا ربنا أراد التخاص منها، لكن كلوا ده يعتمد عليـك انـت وعلـى عزيمتـك وتعاوننا مع بعض. على المعالج التأكيد على السرية التامة بقوله أنا عايزك تكلمني عن كل شئ بتفكر فيه، ومضايقك بصدق وصراحة وبدون تحفظ وكون واثق ومتأكد إنو كل حاجة بتقوله حتكون في الحفظ والصون وبعلمه رب العالمين وحده. على المعالج شرح الهدف من الجلسات العلاجية وتوضيح الفائدة التي سوف تعود عليه منها، وذلك بغرض تشجيع المريض في المواظبة على الجلسات.

التمرين : (تقييم الوضع السلوكي المعرفي):-

القاعدة الرئيسية للتقييم السلوكي المعرفي تشتمل على ثلاثة محاور:-

١) أوضاع المريض الحالية.

٢) تفسيرات المريض لها.

٣) ردود الأفعال التي إستخدمها.

أهم أهداف التقييم السلوكي المعرفي:-

١) تجميع كل المعلومات عن المريض بغرض تقييم المحتوى المعرفي لأفكاره.

٢) صياغة معرفية سلوكية للمشكلة.

٣) توعية المريض بالأسلوب السلوكي المعرفي.

عند بداية تقييم مشاكل المريض على المعـالج أن يـضع أربعـة أنـواع مـن الإستجابات في الإعتبار:-

١) الإستجابة الفسيولوجية.

٢) الإستجابة العاطفية.

٣) الإستجابة المعرفية.

٤) الإستجابة السلوكية.

يبدأ المعالج في التقييم السلوكي المعرفي، يطلب من المـريض الإجابـة علـى الأسئلة بكل صدق ووضوح.

ويمكن تلخيص التقييم السلوكي المعرفي في المحاور التالية:-

١) البيانات الشخصية: (الاسم، العمر، الحالة الاجتماعية، السكن، الديانة، المستوى التعليمي، العمل).

٢) وصف مبسط للمشكلة التي يعاني منها المريض وعلاقتها بالأعراض الحالية.

٣) الأعراض التي تتعلق بالسلوك والمشاعر مع تحديد مواقيت وأمكنة حدوثها.

٤) بداية الأعراض لتحديد مدى إرتباطها بإصابته بمرض الفشل الكلوي.

٥) معرفة العوامل الممهدة والمعجلة بظهور الأعراض.

٦) معرفة الخلفية التاريخية للمريض لتحديد العوامل الخارجية المرتبطـة بالبيئـة والعوامل المرتبطة بشخصية المريض.

٧) تقييم التجارب السابقة التي مرت بالمريض منذ الطفولة الباكرة.

٨) معرفة تاريخ الوضع الأسري، الاجتماعي، الاقتصادي، الزواجي، الوظيفي.

٩) معرفة المشكلات التفاعلية وتلخيص أهم الأحداث الحياتية.

١٠) معرفة طريقة التفكير بغرض تحديد الأفكار الآلية السالبة واللامنطقية، ومن ثـم معالجتها.

تضيف الباحثة في هذه المرحلة من التقييم على المعالج أن يـستخدم مهـارات التواصل (**Communication skills**) وهي:-

- تطمين المريض وتأسيس علاقة حميمة معه.
- الإصغاء بإهتمام وتقدير، ونقل هذا الإهتمام للمريض.
- التركيز على الإصغاء دون مقاطعة المريض في الحديث.
- تلخيص محتوى كلام المريض وإشعاره بأن مشاكله قد أستوعبت.
- إستخدام مهارات التواصـل غيـر اللفظيـة (التواصـل بـالعيون، إسـتخدام الإيماءات...إلخ).

- إظهار إهتمام زايد حركياً ولفظياً، وذلك لتشجيع المريض بأن يعطـي تفاصـيل أكثر عندما يتحدث عن مشاكله.
- الإبتعاد عن الأساليب الوعظية التي يمكن أن تـشعره بالدونيـة ولـوم الـذات وتحقيرها.
- إذا كانت هناك عدة مشاكل يحدد مع المريض أيهما أولى بالتعامل معها (الأهـم ثم المهم).
- يجب أن يتم تسجيل نقاط عامة وأن يوجد مفتاح عام للعناصر المسببة والمعززة للمشكلة.
- أخيراً يتم الإنتقال لمعرفة كيف بدأت كل مشكلة، وكيف تتطـورت، (البدايـة، الظهور، الثبات، التدهور).
- عند نهاية التقييم يجب تلخيص المشكلة للمريض، والتأكد من دقة هذا التلخيص.

من أهم الأهداف في هذه الجلسة تطمين المريض وإرشاده بطبيعة مرضه، لذلك على المعالج تقديم معلومات عن مرض الفشل الكلوي، كيف يحدث، وما هي مضاعفاته الجسمانية والنفسية، وردود الأفعال النفسية، وطريقة تفكيره (معرفة البنية المعرفيـة)، وتوضيح العلاقة بين القلق والإكتئاب ومرضى الفشل الكلوي ، وما هو العلاج؟. وهنـا يبدأ المعالج قائلاً: بعد ماعرفنا بعض، وأنا عرفت الكثير عنك من الإجابـات البـسيطة الجاوبتها لي دي، كدي النتكلم شوية عن مرض الفشل الكلوي هو ذاتو شنو؟ ويتـساءل المعالج: انت عارف هي شنو؟ يعطي المعالج المريض فرصة للتحدث... ثـم يواصـل المعالج الفشل الكلوي معناه، (أرجع صفحة ٨٦ - ٨٧)، ثم يواصل المعالج ويقول: بعد ما عرفت الفشل الكلوي شنو، كمان عايزه أوريك إنو المرض دا أو أي مرض عنـدو ردود أفعال، (أرجع صفحة ٩١)، وردود الأفعال ممكن تكون جسمانية أو نفسية، يتوقف المعالج ثانية لملاحظة رد الفعل السلوكي للمريض (عند كلمة نفسية) ثم يواصل، يعنـي أنا عاوزة أقول ليه الزول العندو فشل كلوي ممكن يكون زهجان وقرفان وخايف وقلقان كمان، وحاسي إنو الدنيا دي مسيخة وما عندها أي طعم، وكمان قلبو داير يقع منو...إلخ ويواصل المعالج: كدي النقيف شوية من كلامي دا، وأنا عايزاك توريني، أول ما عرفت عندك فشل كلوي، حسيت بي شنو؟ وفكرت في شنو؟ (الهدف من هذا السؤال معرفـة ردود الأفعال النفسية المترتبة على الإصابة بمرض الفشل الكلوي، ومساعدة المـريض ليعبر عن نفسه ويفرغ إنفعالاته). يواصل المعالج: أنا عايزاك تعرف إنو فـي علاقـة

قوية بين الشئ النفسي العندك دا (الزهج، القرف، القلق) ومرض الفشل الكلوي. (أرجع صفحة ٩١ - ٩٢)، وواضح إنك لما عرفت عندك فشل، تفكيرك مشى بعيد، وخفت شديد وقلقت على صحتك أو أولادك...إلخ.

يواصل المعالج: أنا حاساعدك في تغيير الوضع الأنت فيهو دا، عشان كدا حأشرح ليك كيف في علاقة بين وضعك النفسي ومرض الفشل الكلوي. وهنا يبدأ المعالج بشرح النموذج السلوكي المعرفي (أنظر شكل رقم (١)، ومفهوم **(ABC)** (أنظر صفحة ٢٠ – ٢١) (والشكل رقم ٢). وعلى المعالج أن يوضح للمريض بصورة (تتفق مع تعليمه وثقافته) إن تفسيرنا وتقييمنا للأحداث هو الذي يشكل سلوكنا، وأن يشرح طبيعة مرضه وأعراضه. (أنظر صفحة ٨٨).

يقول المعالج: بعد ما إتكلمنا كثير عن الفشل الكلوي وعرفنا علاقته بالأعراض العندك، وبالحالة الأنت فيها دي، عايزة أقول ليك إنو العندك دا حاجة بسيطة اسمها (قلق وإكتئاب)، يعني إنت قلقان على حالتك يمكن على حياتك، وزعلان وحزين شديد، وفاقد الأمل، ودا بيحصل لأي زول حتى الماعندو فشل كلوي، يعني عايزاك تطمئن شديد، وعايزاك تطمئن أكتر إنو مرض الفشل الكلوي دا بقى علاجو موجود والحمد لله (علاجات، إستصفاء دموي)، وفي ناس كتيرين عايشين بيهو كويس، وشغالين كمان، وبقروا في المدارس أو الجامعات، وكمان في حل نهائي، يمكن تزرع ليك كلية سليمة من متبرع، والعملية دي نسبة نجاحه كبيرة، في السودان أو خارجه. (لمعرفة رغبة المريض في عملية زراعة الكلى وتشجيعه لذلك). وزي ما قلت ليك قبيل إنو البرنامج العلاجي حيساعدك في تحسين الحالة العندك دي، أو إذا ربنا أراد تنتهي كلو كلو، وحأذكرك تاني عزيمتك وتعاونك معاي مهم شديد، وكمان في حاجات أنا بكون دايراك تعمله لما ترجع البيت، أو لمان تكون في الشغل أو في الغسيل (إستصفاء دموي)، (يعني في واجب منزلي). وبهذه الخطوات السابقة تتم صياغة سلوكية ومعرفية للمشكلة التي يعاني منها المريض.

الواجب المنزلي الجديد:-

يطلب من المريض تذكر ورصد أي معلومة لم يتم ذكرها أثناء الجلسة، ويمكن أن يكون لها دور مباشر أو غير مباشر في ظهور الأعراض، (في حالة معرفة المريض القراءة والكتابه يمكنه تدوينها).

تغذية راجعة:-

- التأكد من فهم المريض للبرنامج العلاجي.
- التأكد من فهم المريض لدوره في العلاج.
- التأكد من فهمه العلاقة بين مرض الفشل الكلوي المزمن، والإضطرابات النفسية (القلق والإكتئاب).

نهاية الجلسة الأولى على المعالج أن يؤكد للمريض مواعيد الجلسة القادمة، مع تحفيزه وتشجيعه على المواظبة في حضور الجلسات.

الجلسة الثانية: الإسترخاء:-

زمن الجلسة: ٤٥ دقيقة

الأجندة:-

١) الترحيب بالمريض

٢) مراجعة الواجب المنزلي السابق

٣) التمرين.

٤) الواجب المنزلي الجديد.

٥) تغذية راجعة.

في هذه الجلسة يبدأ المعالج الترحيب بالمريض (كما في السابق).

مراجعة الواجب المنزلي السابق:-

- معرفة ما هي المعلومات أو الأشياء التي تم رصدها.
- معرفة علاقتها بالأعراض الحالية.
- ما هي الصعوبات التي واجهت المريض.

زي ما عرفنا في الجلسة الفاتت إنو في ردود أفعال لمرض الفشل الكلوي، وكمان أنواعه كتيره، وبختلفوا الناس فيها، يعني في إختلاف بينك وبين مريض تاني عندو نفس مرضك.

على المعالج أن يوضح للمريض أن هنالك محتويات مختلفة لردود أفعال الفرد في حالة القلق أو الإكتئاب، وهنا يقوم المعالج بشرح مبسط لمحتويات ردود الأفعال:-

١) المحتوى الفسيولوجي: زيادة ضربات القلب، التعرق، توتر العضلات...إلخ.

٢) المحتوى السلوكي: التجنب، أو محاولة الهروب، يرفض المريض الذهاب إلى الطبيب. الذهاب إلى جلسات الإستصفاء الدموي، رفض العلاجات أو عدم الإنتظام بالحمية الغذائية.

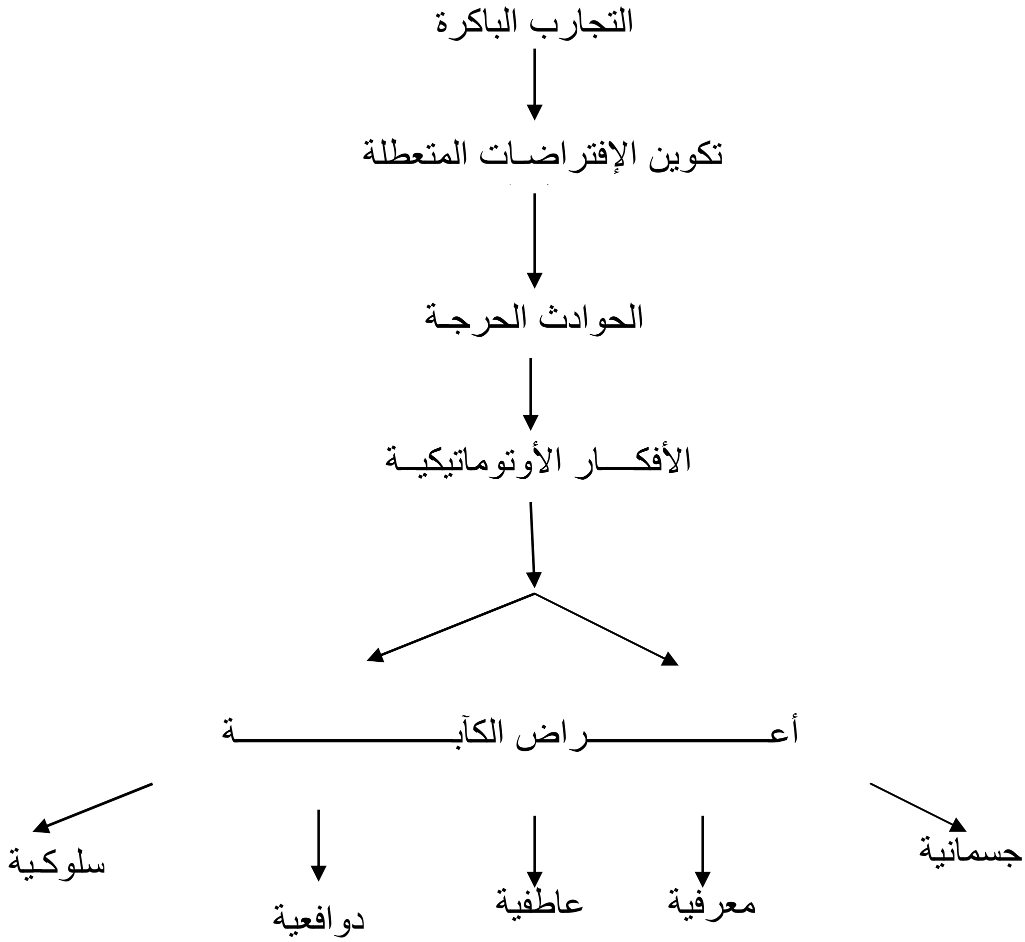
٣) المحتوى المعرفي: شعور بعدم القدرة على التأقلم، إحساس بالرتابـة، إحبـاط، خوف، إنزعاج، شعور باليأس، أفكار سالبة (هذا المرض يؤدي إلى الموت)، مع وجود أفكار تشاؤمية وإنتحارية.

٤) محتوى عاطفي ودوافعي.

ويواصل المعالج: بعد ما عرفت محتوى ردود الأفعال، عايزة أوضح ليك حاجة ثانية، إنو زي ما بختلفوا الناس في ردود أفعالهم كمان بختلفوا في فهمهـم وتفـسيرهم للحاجات، يعني في ناس بفسروا الحاجات البتحصل ليهم بتفاؤل، وفي نـاس بفـسروها بتشاؤم. ردود الأفعال دي بترتبط معاها فكرة سالبة "يوضح المعالج فكرة سالبة تعنـي شنو"، ويواصل: الفكرة دي بتعمل ليك تغيرات كثيـرة زي زيـادة ضـربات القلـب، التعرق، الخوق، الزهج ...إلخ، والحاجات دي إتكلمنا عليها قبل شوية وسميناها (ردود محتوى الأفعال)، المهم إنو التغيرات بتكون مدورة حول نفسها في حلقة. وكمـان فـي حاجة ثانية عاوزة أوضحه ليك، بعد ما جاك مرض الفشل دا، أكيد في تغيرات كثيـرة حصلت ليك في حياتك وبتكون عاملة ليك ضغوط (مالية، اجتماعية، صحية، جـسدية، ...إلخ). يتوقف المعالج: لإعطاء المريض فرصة للتعليق أو المداخلة، ويواصـل: أنـا عايزة ألخص ليك إنو طريقة تفكيرك وتفسيرك وتعاملك مع الضغوط دي هو البخليـك زهجان ومتوتر وخايف وكمان محبط وقرفان من الدنيا. يواصل المعالج: الليلة عـايزة أوضح ليك طريقة تغير بيها الوضع الأنت فيه دا، وتخفف بيها الأعراض العنـدك دي، يعرض المعالج الدائرة المفرغة للقلق (أنظر شكل رقم ٣)، وتذكيره بالنموذج الـسلوكي المعرفي الذي تم شرحه في الجلسة الأولى، مع التوضيح المبسط لتلك الفكرتين.

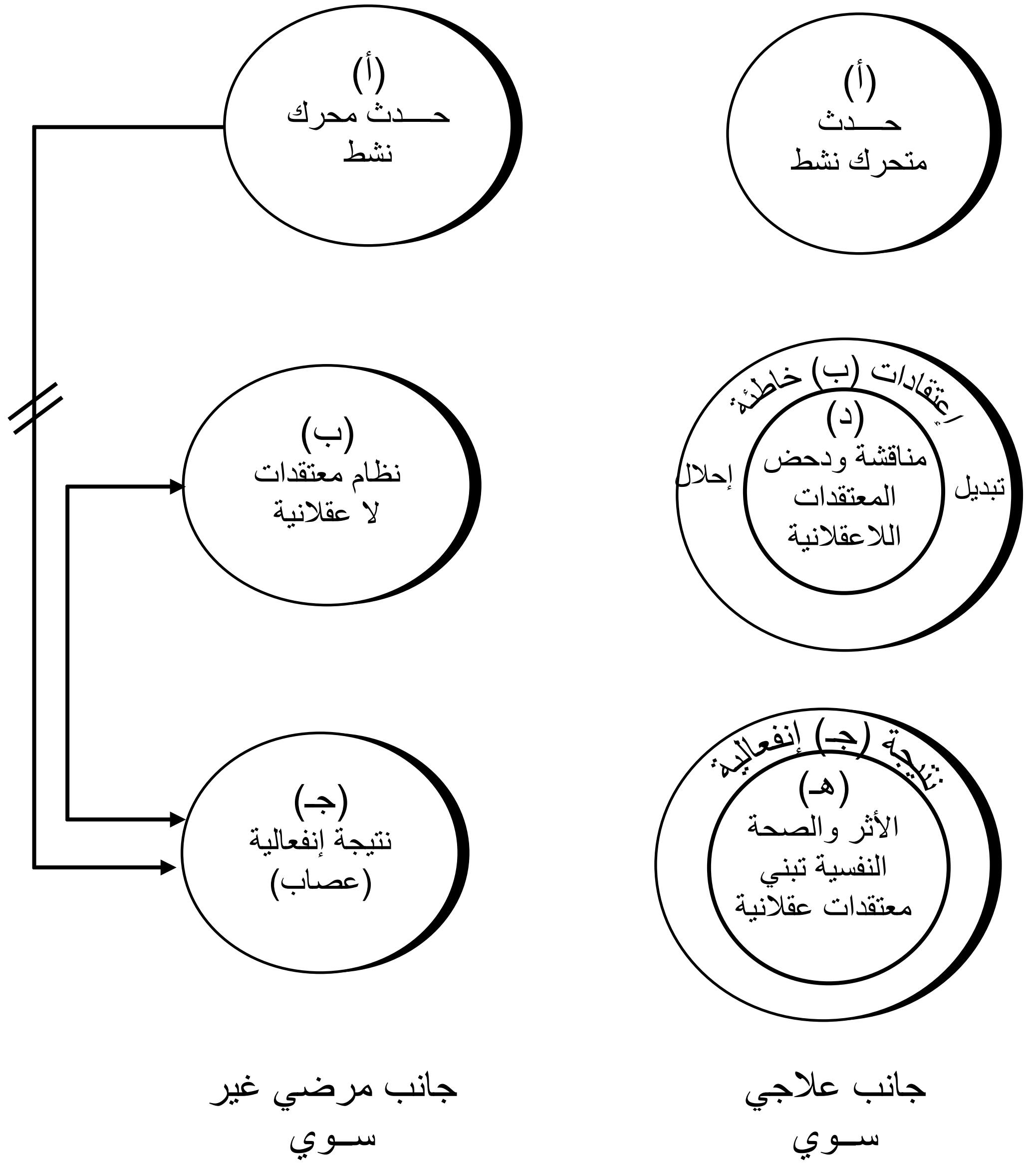
شكـــل رقـــم (١)

<u>النموذج السلوكي المعرفي للإضطرابات النفسية</u>

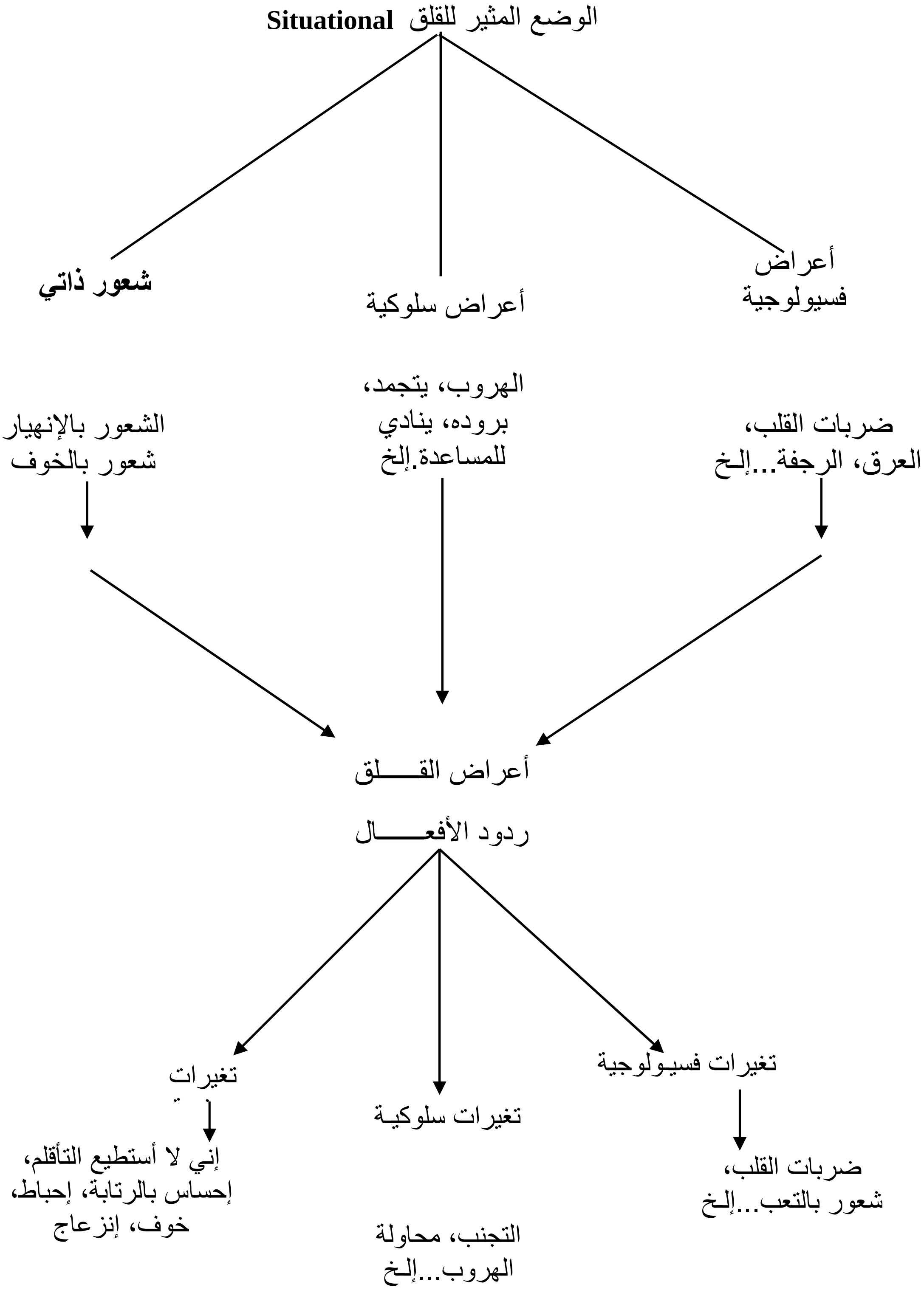


شكــل رقــم (٢)

يوضح الجانب السوي والمرضي لنظرية العلاج العقلاني الإنفعالي من خــلال نظرية (A.B.C)



شكـل رقــم (٣)
نمـوذج الدائرة المفرغـــة للقلق



بعد توضيح الدائرة المفرغة يجب تطمين المريض بسهولة التحكم في هذه الأعراض (زيادة ضربات القلب، توتر العضلات، المزاج المكتئب، الإحباط، اليأس...إلخ)، إذا بدأ في ممارسة الإسترخاء كإستجابة مضادة للمثيرات.

التمرين: (إسترخ فقط):-

يبدأ المعالج بشرح تقنية الإسترخاء متى، وكيف؟ يستخدمه مع توضيح أهميته في إرخاء العضلات.

يقول المعالج: أي زول فينا بتمر عليهو مواقف ومواقف وضغوط بتخليهو يشعر بالتوتر والضيق والزهج والخوف، في الحالات دي الإسترخاء مفيد عشان نشعر بالراحة شوية.

يبدأ المعالج في توضيح كيفية التمرين بالتفصيل (أنظر صفحة ٢٤ - ٢٧). بعد توضيح تقنية الإسترخاء يوضح المعالج للمريض إننا لا نتوقع أن تكون مهارتك كاملة الفعالية إلا بعد أن يكتمل التدريب.

بتجربة الباحثة الطويلة في مجال العلاج النفسي إن تقوية الإعتقاد الديني له أثر فعال في خفض التوتر وزيادة إسترخاء العضلات، لذلك يجب حث المريض الإكثار من (الصلاة، التسبيح، الذكر، الدعاء).

الواجب المنزلي الجديد:-

- يطلب من المريض ممارسة التمرين مرتين في اليوم.
- الإحتفاظ بتسجيل الزمن الذي إستغرقه والدرجة التي تحصل عليها من الإسترخاء (٠ - ١٠٠) درجة.

تغذية راجعة:-

- التأكد من فهم المريض للدائرة المفرغة وعلاقتها بظهور الأعراض.
- يراجع مع المريض كل خطوات الإسترخاء.
- التأكد من فهم المريض لهذه التقنية قبل الإنتقال إلى التقنية التي تليها.

نهاية الجلسة الثانية على المعالج أن يؤكد للمريض مواعيد الجلسة القادمة، مع تحفيزه وتشجيعه على المواظبة في حضور الجلسات.

الجلسة الثالثة: إسترخاء التحكم الرمزي:-

زمن الجلسة: (٤٥) دقيقة

الأجندة:-

١) الترحيب بالمريض.

٢) مراجعة الواجب المنزلي السابق.

٣) التمرين

٤) الواجب المنزلي الجديد.

٥) تغذية راجعة.

في هذه الجلسة يبدأ المعالج الترحيب بالمريض (كما في السابق).

مراجعة الواجب المنزلي السابق:-

- يناقش المعالج مع المريض، هل وجد أي صعوبة في تطبيق تقنية الإسترخاء.
- إذا وجد أي صعوبة، تكرر هذه التقنية مرة أخرى قبل الإنتقال إلى التقنية التي تليها.
- التأكد من أن المريض طبق الإسترخاء مرتين في اليوم.
- مراجعة التسجيل الزمني الذي إستغرقه في الإسترخاء، والمقدار الذي تحصل عليه من (٠ - ١٠٠) درجة.

التمرين: إسترخاء التحكم الرمزي:-

يبدأ المعالج بشرح كيفية إجراء هذه التقنية (أنظر صفحة ٢٧)،

الواجب المنزلي الجديد:-

يطلب من المريض ممارسة إسترخاء التحكم الرمزي مرتين في اليوم، ويفضل إستخدامه إثناء جلسات الإستصفاء الدموي ليخفف عليه السأم والملل الذي يعانيه من الفترة الزمنية التي تستغرقها عملية التصفية الدموية (٢ - ٤) ساعات.

تغدية راجعة:-

- مناقشة المريض في التقنية لمعرفة مدى فهمه لها.
- يطلب من المريض أن يشرح خطوات الإسترخاء.
- يطلب من المريض شرح الواجبات المنزلية المطلوبة.
- يطلب من المريض أن يحدد العلامات والأعراض المبكرة للقلق والإكتئاب، بأن يحتفظ بتسجيل ما يحدث في نوبات القلق والمزاج المكتئب، يحتوي على الوضع أو الحالة التي تصل فيها شدته من (٠ - ١٠٠) درجة.

العلامات المبكرة غالباً ما تكون جسدية أو فسيولوجية مثـل (زيـادة ضـربات القلب...إلخ). ويستخدم المريض الجدول التالي لهذا الغرض (أنظر ملحق رقم ٥).

في حالة المرضى غير المتعلمين أو عدم مقدرتهم على الكتابة لأسباب أخـرى، يمكنهم الإستعانة بأقرب المرافقين.

نهاية الجلسة الثالثة على المعالج أن يؤكد للمريض مواعيد الجلسة القادمة، مـع تحفيزه وتشجيعه على المواظبة في حضور الجلسات.

الجلسة الرابعة: (أسلوب حل المشكلات)

الزمن: (٤٥) دقيقة

الأجندة:-

١) الترحيب بالمريض

٢) مراجعة الواجب المنزلي السابق

٣) التمرين

٤) الواجب المنزلي الجديد

٥) تغذية راجعة.

في هذه الجلسة يبدأ المعالج الترحيب بالمريض (كما في السابق).

مراجعة الواجب المنزلي السابق:-

- التأكد من أن المريض إستخدم تقنية الإسترخاء (إسترخي فقط، إسترخاء التحكم الرمزي)
- معرفة الصعوبات التي واجهته.
- عدد المرات التي تم فيها الإسترخاء.
- هل نجح المريض في تحديد درجة الراحة من (٠ - ١٠٠) درجة.
- يطلب من المريض ذكر العلامات أو الأعراض المبكرة المصاحبة.
- معرفة الأوضاع التي كان فيها عندما ظهرت هذه العلامات أو الأوضاع.

إذا تأكد المعالج من تجويد المريض لفن الإسترخاء عليه أن ينتقل إلـى التقنيـة الأخري، وإذا لم يتم تجويدها عليه أن يكرر تقنية الإسترخاء مرة أخرى، وذلك لأهمية الإسترخاء وبدونه لا يستطيع المريض أن يحدد أو يرصد مشاكله.

التمرين:- أسلوب حل المشكلات

يطلب المعالج من المريض أن يوصف مشاكله، وعلى المعالج أن يستمع جيـداً عندما يوصف المريض المشاكل التي يعاني منها، وإذا كان يجد صعوبة في التعـرف على المشاكل، فإن السؤال التالي يساعده (ما هو أكثر شئ يزعجـك أو يقلقـك؟ هـل المرض، العلاجات، عملية الإستصفاء الدموي، وضعك المـالي، مـشاكل اجتماعيـة، وضعك المالي...إلخ). وتوضع مشاكل المريض في قائمة ثم يكرر المعـالج مـا هـو ضروري من كلام المريض. (هل ما ذكرته الآن يعد ملخص مقبول لكل ما تشعر بـه وحدثتني عنه). بالضرورة هنالك مشاكل لم يتم التعرف عليها، لذلك يطلب من المريض بأن يضع لائحة أو قائمة بالمشاكل التي يعاني منها، وهنا يتم التأكيد للمريض أن هـذا الأسلوب يتطلب التعاون المشترك بينهما، ويشجع المريض بأن لا يخفي أي معلومة أو مشكلة حتى وإن كانت (مخجلة) لا يستطيع الفرد أن يذكرها.

وأخيراً لا بد للمعالج أن يكتشف مؤهلات المريض وإمكانية إستخدام مهاراته في حل المشكلات، وأن يتبع الخطوات اللازمة (أنظر صفحة ٢٧ - ٢٩).

الواجب المنزلي الجديد:-

إكمال قائمة المشكلات من الأسهل إلى الأصعب.

تغذية راجعة:-

- التأكد من فهم المريض لأسلوب حل المشكلة، وتطمينه بأن لكل مـشكلة حـل، لذلك يجب التعاون.
- لخص للمريض المطلوب عمله، في المنزل (قائمة المشكلات).

نهاية الجلسة الرابعة على المعالج أن يؤكد للمريض مواعيد الجلسة القادمة، مع تحفيزه وتشجيعه على المواظبة في حضور الجلسات.

الجلسة الخامسة: فن الإلهاء:-

زمن الجلسة: (٤٥) دقيقة.

الأجندة:-

١) الترحيب بالمريض
٢) مراجعة الواجب المنزلي السابق
٣) التمرين.
٤) الواجب المنزلي الجديد
٥) تغذية راجعة.

في هذه الجلسة يبدأ المعالج الترحيب بالمريض (كما في السابق).

مراجعة الواجب المنزلي السابق:-

- التأكد من أن المريض أكمل قائمة المشكلات أو تم رصدها.
- مناقشة بنود المشاكل الي رصدها المريض؟
- تحديد المشاكل الأكثر تأثيراً أو ابدأ عملياً في وضع الخطط لها (إذا كانت تخص المريض أو لها علاقة بجهات أخرى، أو مصادر دعم مالي أو اجتماعي).
- الإنتقال إلى المشكلة التي تليها، وهكذا إلى نهاية القائمة.

التمرين:- فن الإلهاء

تستخدم هذه التقنية لجذب إنتباه المريض عما يقلقه، أو يحزنه، وإنشغاله بأشـياء أخرى، وإبعاد الأفكار الآلية السالبة غير المنطقية، التي تعوق المريض من أن يكـون مسترخياً في النشاطات اليومية، وذلك بخلط النشاطات اليدوية والذهنية (أنظر صـفحة ٣٠ - ٣١).

الواجب المنزلي الجديد:-

- يطلب من المريض إكتشاف طرق تساعده في تشتيت الأفكار مثال: (التفكير في قدرة الله على خلق الكون).
- التأمل والتفكير في ذاته كيف وجد، وكيف يعيش، بالإضافة إلى تقوية الإعتقادات الدينية لدى المريض وذلك بإستخدام (الذكر والتسبيح والدعاء).

توضح الباحثة يمكن إستخدام هذه المفاهيم مع المرضى غيـر المـسلمين، لأن المفاهيم الدينية لا تختلف في هذا المعنى.

تغذية راجعة:-

- مناقشة المريض في الطرق التي تعلمها للإلهاء أو إبعاد الأفكار التـي تـشعره بالخوف والقلق والإكتئاب، الحزن، السأم، التشاؤم، التوتر، محاولة التخلص من الحياة إلخ..
- يطلب من المريض شرح طريقة الإلهاء عن طريق النشاط اليدوي والذهني.

نهاية الجلسة الخامسة على المعالج أن يؤكد للمريض مواعيد الجلسة القادمة، مع تحفيزه وتشجيعه على المواظبة في حضور الجلسات.

الجلسة السادسة:- التعرف على الأفكار الآلية السالبة:-

زمن الجلسة: (٤٥) دقيقة

الأجندة:-

١) الترحيب بالمريض.

٢) مراجعة الواجب المنزلي السابق.

٣) التمرين.

٤) الواجب المنزلي.

5) تغذية راجعة.

في هذه الجلسة يبدأ المعالج الترحيب بالمريض (كما في السابق).

مراجعة الواجب المنزلي السابق:-

- يناقش مع المريض كيف ساعدته تقنية الإسترخاء وفن الإلهاء في إبعاد التـوتر والخوف والقلق والحزن.
- إلى أي مدى تم إلهاء الأفكار التي تغير مزاجه وسلوكه. وهل إكتشف إنه يقـوم بتطبيقها من قبل.
- هل إكتشفت إنك تقوم بتطبيقها من قبل أو لا تقوم بذلك.
- هل إكتشف طرق جديدة تساعده في تشتيت الأفكار.

التمرين: التعرف على الأفكار الآلية السالبة

- يوضح المعالج للمريض أنه من خلال تطبيقه فن الإلهاء تم التعـرف علـى أن هنالك أفكار سالبة وغير منطقية، هي سبب الشعور بالضيق والخوف والقلـق، وهذه هي الأفكار الآلية السالبة (يوضح للمريض معنى الأفكار الآلية الـسالبة) التي تلعب دور أساسي في ظهور القلق والإكتئاب، وهناك مجموعة من الأفكار مثل (التفكير الكوارثي) أو التعميم الزائد، وغيرها، من أكثـر الأفكـار الآليـة السالبة لدى هؤلاء المرضى هي، العزو الخاطئي، والتضخيم والتدعيم الزائد أو التفكير الكوارثي.
- يوضح للمريض كل أنواع الأفكار السالبة. (أرجع صفحة ٣١ - ٣٥).

الواجب المنزلي الجديد:-

- يطلب من المريض أن يرصد أنواع الأفكار الآلية السالبة التي تسبب له التوتر والقلق والحزن والإكتئاب والإحباط...إلخ، مع توضيح نوعية الأفكار التي تسيطر عليه مثال: الخوف من عملية الإستصفاء الدموي، الخوف من المرض، الملل والسأم من العلاجات المتواصلة، الخوف من الموت...إلخ.
- أن يتذكر المريض أنواع الأفكار الآلية السالبة التي تم ذكرها في التمرين، لكي تساعده على معرفة الأنواع المختلفة من الأفكار السالبة، التي تسبب له القلق والمخاوف والحزن، وتحديد الأفكار غير المنطقية عنده، (يعني عايزة أعرف أنت بتفكر في شنو؟ وما هي أكثر الأفكار المسيطرة عليك).

تغذية راجعة:-

- مناقشة المريض للتأكد من فهمه لمعنى الأفكار الآلية السالبة.
- يطلب من المريض أن يذكر عدد من الأفكار السالبة التي يعاني منها.
- معرفة ما هي الأفكار السالبة الأكثر تكراراً والأكثر تأثيراً.
- يجب ربط هذه الأفكار بطبيعة مرض الفشل الكلوي مع توضيح الأمثلة لكل منها، وحالة كل مريض وطريقة تفكيره والمشاكل التي يواجهها، ومحتوى الأفكار الآلية السالبة.

نهاية الجلسة السادسة على المعالج أن يؤكد للمريض مواعيد الجلسة القادمة، مع تحفيزه وتشجيعه على المواظبة في حضور الجلسات.

الجلسة السابعة: دحض الأفكار الآلية السالبة:-

زمن الجلسة: (٤٥) دقيقة.

الأجندة:-

١) الترحيب بالمريض.

٢) مراجعة الواجب المنزلي السابق.

٣) التمرين.

٤) الواجب المنزلي الجديد

٥) تغذية راجعة.

في هذه الجلسة يبدأ المعالج الترحيب بالمريض (كما في السابق).

مراجعة الواجب المنزلي السابق:-

- يناقش مع المريض هل تعرف على الأفكار الآلية السالبة؟
- هل هذه المعرفة أثر في تغيير مزاجه أو سلوكه؟
- ما هي الأفكار السالبة الأكثر تأثيراً؟
- مناقشة أي صعوبات أخرى واجهته؟

التمرين: دحض الأفكار الآلية السالبة

- يشرح للمريض كيفية دحض الأفكار الآلية السالبة بإستخدام الأدلـة والبـراهين الداعمة على عدم صحتها وصدقها، وذلك من خلال تطبيق التقنيـات المختلفـة (أنظر صفحة رقم ٣٥).
- يوضح المعالج للمريض كل الطرق التي تساعده في دحض وتعـديل الأفكـار الآلية السالبة، وإيجاد طرق للتخاص من هذه الأفكار.
- على المريض أن يكرر بإستمرار دحض الأفكار السالبة بالأدلة والبراهين.

الواجب المنزلي الجديد:-

- يطلب من المريض مراجعة كل الطرق التي تم ذكرها فـي التمـرين لـدحض الأفكار السالبة أكثر من ثلاثة مرات في اليوم.

تغذية راجعة:-

- يطلب من المريض أن يعطي نموذج للطرق التي تعرف عليهـا مـن التمـرين لدحض الأفكار الآلية السالبة.
- التأكد من فهم المريض للإستراتجية جيداً، وكذلك الواجب المنزلي.

نهاية الجلسة السابعة على المعالج أن يؤكد للمريض مواعيد الجلسة القادمة، مع تحفيزه وتشجيعه على المواظبة في حضور الجلسات.

الجلسة الثامنة:- (إيجاد الأفكار البديلة أو طريقة تعديل الأفكار)

زمن الجلسة: (٤٥) دقيقة

الأجندة:-

١) الترحيب بالمريض.
٢) مراجعة الواجب المنزلي السابق.
٣) التمرين.
٤) الواجب المنزلي الجديد.
٥) تغذية راجعة.

في هذه الجلسة يبدأ المعالج الترحيب بالمريض (كما في السابق).

مراجعة الواجب المنزلي السابق:-

- يناقش المريض لمعرفة مدى نجاحه في دحص الأفكار الآلية السالبة.
- إذا كانت الإجابة بلا، ما هي الصعوبات التي واجهته فـي ذلـك، وإذا كانـت الإجابة بنعم، يجب معرفة الطرق التي تعرف تعرف عليها في دحض الأفكار.
- التأكد من فهم المريض للإستراتيجية جيداً ثم الإنتقال إلى التمرين.

التمرين:- (إيجاد الأفكار البديلة أو طريقة تعديل الأفكار)

- التأكيد للمريض بأنه تمكن من دحض الأفكار الآلية السالبة، بعد التعرف عليها. في هذه الخطوة يجب أن توجد أفكار بديلة موجبة، يعني تعديل الأفكار لتـصبح أفكاراً إيجابية تساعد في تحسين حالة القلق والتوتر، الحزن، والسأم والإكتئاب. (أنظر صفحة ٣١ - ٣٥).
- يطلب من المريض عندما يبدأ بتعديل فكرة أو يوجد فكرة جديدة عليه تكرار هذه الفكرة حتى يمكنه التعود عليها ويحدث تعلم شرطي جديد، بـين تلـك الأفكـار وتعديل المزاج والإنفعالات وبالتالي السلوك، "مثلاً عملية الإستصفاء والموت".
- يوضح للمريض كل الطرق التي تساعده في التعرف على الأفكـار البديلـة أو تعديل السلوك.

الواجب المنزلي الجديد:-

- يجب عليك مراجعة كل الطرق التي تم التعرف عليها لتعديل الأفكار البديلة في التمرين.
- المحاولة بإستمرار إيجاد أفكار إيجابية بديلة لأي فكرة سالبة. (ربنا غضبان علي لذاك أصابني بهذا المرض، أنا تعيس، أنا شقي، أنا لا أسوي شئ).
- يطلب من المريض تكرار الأفكار البديلة الإيجابية بإستمرار حتى تصبح تلقائية.
- عليه أن يحدد المواقف المباشرة التي يرتبط حدوثها بالحالة الشعورية.
- عليه تسجيل الأفكار السالبة والتغيرات التي طرأت عن طريـق الإسـتبطان أو مراقبة الذات عند مواجهة وتحديد النتائج المترتبة على تلـك الأفكـار الـسلبية والإيجابية. أنظر ملحق رقم (٥).

تغذية راجعة:-

- مناقشة المريض لمعرفة فهمه لطريقة دحض الأفكار الآلية السالبة، وكيفية إيجاد بدائل إيجابية لها.
- التأكد من فهم المريض للإستراتيجية وكيفية تحديد الأفكار الآلية السالبة وإيجـاد آخرى بديلة عن طريق جدولتها.

أهم طرق تعديل الأفكار عند هاوتن ١٩٩٩م، تشتمل على الآتي:-

إختيار صحة الأفكار مثل أن تبحث عن الأدلة لأفكارك الأوتوماتيكيـة الـسالبة التي تسبق المشاعر غير السارة عندك، وتأتي بأدلة أخرى تدحضها، وذلك عن طريـق التحدي اللفظي مثل:-

- هل أنسى قوتي وأركز على ضعفي؟
- هل أنا أقفز إلى النتائج؟
- هل أدين نفسي على مرضي؟

أما سكوت المذكور في عبد الرحمن عثمان (١٩٩٧م)، ذكر الآتي:-

١) البحث عن البدائل: أرجو منك أن تبحث عن أفكار بديلة أكثر إيجابيـة تناسـب الحقائق وتقوم على الواقع.

٢) إعادة التنسيب أو العزو: هنا عليك بإعادة عزو أو نـسبة الموقـف للأسـباب الحقيقية والأسباب الأكثر دلالة وأهمية.

٣) تقليل التفكير الكوارثي. ويطلق على هذه التقنية ماذا (لو) **(if) What**، يجب أن تتوقع أسواء ما يمكن حدوثه في هذا الموقف، ماذا يعني لو حدث ذلـك؟ وأنـه حتى لو ساءت الأمور إلى أقصي حد، فإن الأمر لا يمثل كارثة كما تتـصور، وأن مواجهتك للأمور يجعلها أمور عادية، وتقضي على مشاعر اليأس والعجـز ويبعث الأمل في تغييرها.

٤) تحديد المحاسن والمساؤي: في حالة عدم مقدرتك مثلاً على الإقلاع عن عـادة غير متوافقة، عليك أن تضع أو تحدد الجوانب السلبية والإيجابية، وتتخذ قرارك وفقاً للجوانب الإيجابية.

نهاية الجلسة الثامنة على المعالج أن يؤكد للمريض مواعيد الجلسة القادمة، مـع تحفيزه وتشجيعه على المواظبة في حضور الجلسات.

الجلسة التاسعة:- (جدولة النشاطات)

زمن الجلسة: (٤٥) دقيقة.

الأجندة:-

١) الترحيب بالمريض.

٢) مراجعة الواجب المنزلي السابق.

٣) التمرين.

٤) الواجب المنزلي الجديد.

٥) تغذية راجعة

في هذه الجلسة يبدأ المعالج الترحيب بالمريض (كما في السابق).

مراجعة الواجب المنزلي السابق:-

- التأكد من معرفة المريض للأفكار البديلة وكيفية ممارستها.
- وإلى أي مدى إستفاد منها؟.
- وهل حاول تطبيقها أم لا؟
- وإلى أي مدى إستفاد من تطبيقها؟
- وما هي الصعوبات التي واجهته في تطبيقها؟
- التأكد من مراجعة المريض لجدول كيفية تحديد الأفكار السالبة وإيجاد أخرى بديلة ومعرفة إلى أي مدى نجح في تطبيقه؟
- مناقشة بنود الجدول مع المريض بدقة لمعرفة طريقة تفسيراته للأحداث والدليل على صحتها وعدم صحتها ومعرفة تأثيرها على مزاجه وسلوكه.

التمرين: جدولة النشاطات

يعرض المعالج على المريض جدول جدولة النشاطات، ويوضح طريقة تنفيذه (أنظر صفحة ٣٦)، وذلك بتسجيل المزاج والنشاط ورصد التغيرات المزاجية المصاحبة لمستوى النشاط، وذلك بتسجيل ما يقوم به من نشاط (ساعة بساعة). وتقييم المزاج المصاحب لذلك، بمقياس يتدرج من (١٠ - ١٠٠)، ثم يسجل القدرة على التحكم ومدة إهتمامه (أنظر ملحق رقم ٦).

الواجب المنزلي الجديد:-

- يطلب من المريض ملء جدول النشاطات من أول أسبوع إلى أخره.

- يطلب من المريض أن يقيم مدى تحكمه وإنجازه لهذا الواجب، وبـذلك يعـرف مستوى النشاط المتدني بنشوء الأعراض، ويشجع المريض على تخطيط وجدولة الأنشطة التي تحسن حالته المزاجية.

تغذية راجعة:-

- التأكد من فهم المريض لجدولة النشطات.
- ما هو المطلوب منه، مع توضيح الطريقة التي ينفذ بها هذا الجدول.
- هل لديه صعوبات في هذا الجدول أذكرها؟ إذا كانت الإجابة بنعم يـتم تكـرار التمرين مرة أخرى.

نهاية الجلسة التاسعة على المعالج أن يؤكد للمريض مواعيد الجلسة القادمة، مع تحفيزه وتشجيعه على المواظبة في حضور الجلسات.

الجلسة العاشرة: (تأكيد الذات):-

زمن الجلسة: (٤٥) دقيقة.

الأجندة:-

- الترحيب بالمريض.
- مراجعة الواجب المنزلي السابق.
- التمرين.
- الواجب المنزلي الجديد.
- تغذية راجعة

في هذه الجلسة يبدأ المعالج الترحيب بالمريض (كما في السابق).

مراجعة الواجب المنزلي السابق:-

- مناقشة المريض حول تنفيذه لجدول جدولة النشاطات اليومية.
- إذا كانت الإجابة بلا لماذا ؟ وإذا كانت بنعم، تتم مراجعته مع المـريض مـرة أخرى.
- تحديد المشاعر التي يعاني منها مثال: الخوف من المرض، الخوف من الموت، والإعتقادات الخاطئة (مثل الإستصفاء يؤدي إلى الموت...إلخ).
- تحديد مدى الإستفادة من تنفيذه لهذا الجدول.
- معرفة ماهي المواقف التي مرت عليه خلال الأسبوع، ويريد التحدث عنها ولـم يتم تدوينها بالجدول.

التمرين: أسلوب تأكيد الذات

يشرح المعالج للمريض تقنية تأكيد الذات (أرجع صفحة ٣٦- ٣٨)، لكي يطبقها أثناء اليوم، وتساعده على تخفيف الضغوط النفسية وترفع من شأن نفـسه. ومـن أهـم الأساليب:-

١) تنطيق المشاعر.

٢) التعبير عن الرأي الآخر.

٣) التدريب على أحداث إستجابات بدنية بديلة.

٤) أساليب التأكيد السلبي.

(وهنا يقوم المعالج بالشرح والتمثيل حتى يتدرب عليها المريض).

الواجب المنزلي الجديد:-

- يطلب من المريض مراجعته لأساليب تأكيد الذات بإستمرار حتى تصبح جـزء من سلوكه التلقائي.

تغذية راجعة:-

- التأكد من فهم المريض للمطلوب منه كواجب منزلي مراجعته، لأساليب تأكيـد الذات.
- معرفة هل لديه أي صعوبة في تطبيق هـذه الأسـاليب، إن وجـدت عليـه أن يذكرها.

نهاية الجلسة العاشرة على المعالج أن يؤكد للمريض مواعيد الجلسة القادمة، مع تحفيزه وتشجيعه على المواظبة في حضور الجلسات.

الجلسة الحادية عشر: ضبط الذات-

زمن الجلسة: (٤٥) دقيقة.

الأجندة:-

١) الترحيب بالمريض.

٢) مراجعة الواجب المنزلي السابق.

٣) التمرين.

٤) الواجب المنزلي الجديد.

٥) تغذية راجعة

في هذه الجلسة يبدأ المعالج الترحيب بالمريض (كما في السابق).

مراجعة الواجب المنزلي السابق:-

- معرفة هل قام المريض بتطبيق أساليب تأكيد الذات.
- إذا كانت الإجابة بنعم، عليه أن يوضح ما هي الفائدة التي عـادت عليـه مـن تطبيقها.
- هل واجهته أي صعوبات في تطبيقها؟ عليه توضيحها.

التمرين: (ضبط الذات).

- تدريب وتعليم المريض كيف يضبط إنفعالاته ويعبر عند ذاته. (أنظر صفحة ٣٨ - ٤١)
- تعليم المريض كيف يزيد من دافعيته للإنضباط بالحمية الغذائية، وكمية السوائل المسموح بتعاطيها، والإلتزام بنوعية الأغذية المـسموح بهـا والكميـة وعـدم تجاوزها. مع توضيح النتائج المترتبة على الإفراض فيها.
- الإهتمام والإلتزام بالتعليمات الطبية التي تخص إستخدام العلاجات في مواعيدها وحثه في المواظبة على جلسات الإستصفاء الدموي.
- حث المريض على تحسين نوعية حياته، وتعريفه بحدود طاقته المسموح ببذلها، وعدم تحميل النفس فوق طاقتها، وتجنب الخمول الزائد الذي يعود عليه بالمـل والكآبة.
- تدريبه على التخاص من العادات الضارة بالصحة مثل التدخين، شرب الخمـر، وتعاطي أي عقاقير مهدئة أو مخدرة "إذا كان المريض يمارسها".
- تعليم المريض كيف يعتمد على نفسه وذلك برفع شأنه أو ذاتيته.

الواجب المنزلي الجديد:-

- يطلب من المريض أن يفكر بعمق في نفسه أو ذاته.
- وأن يحدد الأولويات في حياته.
- أن يعطي تصور متكامل حول إمكانياته في ضبط ذاته.

تغذية راجعة:-

- التأكد من مدى فهمه وإستيعابه لأسلوب ضبط الذات.
- معرفة ما هي الصعوبات التي يمكن أن تواجهه في ضبطه لذاتـه، أو الإلتـزام بالضوابط التي يجب إتباعها "الحمية الغذائية، الإلتزام بالتعليمات الطبية...إلخ"
- مراجعة كل التمارين التي تشتمل على كل التقنيات والإستراتيجيات التي تعرف عليها في الجلسات السابقة.

نهاية الجلسة الحادية عشر على المعالج أن يؤكد للمـريض مواعيـد الجلـسة القادمة، مع تحفيزه وتشجيعه على المواظبة في حضور الجلسات.

الجلسة الثانية عشر (قياس بعدي):-

زمن الجلسة: (٤٥) دقيقة.

الأجندة: -

١) الترحيب بالمريض.
٢) مراجعة الواجب المنزلي السابق.
٣) التمرين.
٤) الواجب المنزلي الجديد.
٥) تغذية راجعة.

في هذه الجلسة يبدأ المعالج الترحيب بالمريض (كما في السابق).

مراجعة الواجب المنزلي السابق:-

- يطلب من المريض تلخيص الفائدة التي عادت عليه من مشاركته في الجلـسات السابقة.
- ويقيم إلى مدى إستطاع أن يغير معارفه عن طبيعة مرضه، وكذلك سلوكه.
- وما هي أهم الأعراض التي لم يستطيع التخلص منها.

التمرين: تقديم بعدي:-

- يطالب المعالج مقياس القلق والإكتئاب العيادي هـادس **(HADS)** بعـد إكمـال الجلسات كمقياس (بعدي).
- المقارنة بين النتيجتين (القبلي والبعدي)، لمعرفة أثر البرنامج العلاجي الذي تك تطبيقه في الجلسات السابقة.
- عرض نتيجة القياس البعدي على المريض لتطمينه وتحفيـزه بالنتيجـة التـي أحرزها، ودرجة التحسن الذي طرأ على حالته.

الواجب المنزلي الجديد:-

- يشجع المريض بالإستمرار في تطبيق كل الإستراتيجيات العلاجية التي تـدرب عليها وتعلمها كلما دعى الأمر لذلك.

تغذية راجعة:-

- تراجع مع المريض بإختصار كل الإستراتيجيات التي تدرب عليها، في الجلسات السابقة.
- بعد تطبيقك لمقياس القلق والإكتئاب العيادي هادس (**HADS**)، هناك بعض الأعراض تم التخلص منها، وأخرى لم يتم التخلص منها، على المريض أن يذكرها.
- يوضح المريض أكثر الأساليب العلاجية فائدة بالنسبة له.

نهاية الجلسة الثانية عشر على المعالج أن يؤكد للمريض مواعيد الجلسة القادمة، مع تحفيزه وتشجيعه على المواظبة في حضور الجلسات.

الجلسة الثالثة عشر : (إرشادية وقائية):-

زمن الجلسة: (٤٥) دقيقة.

الأجندة:-

١) الترحيب بالمريض.

٢) مراجعة الواجب المنزلي السابق.

٣) التمرين.

٤) الواجب المنزلي الجديد.

٥) تغذية راجعة.

في هذه الجلسة يبدأ المعالج الترحيب بالمريض (كما في السابق).

مراجعة الواجب المنزلي السابق:-

- التأكد من ممارسة المريض للإستراتيجيات العلاجية التي تدرب عليها وتعلمها.
- وهل إستطاع أن يمارس حياته بصورة أفضل، بعد تطبيقه لكل الإستراتيجيات.
- معرفة ما هي الصعوبات التي واجهته في ممارسته.

التمرين: وقائي إرشادي

- التأكد من فهم المريض لكل الإستراتيجات وأنها أصبحت مهارة يمكن له ممارستها في كل المواقف أو الصعوبات التي تشابه صعوباته السابقة.
- وأخيراً حثه بالإعتماد على نفسه وأن لا يعتمد على الآخرين، وعليه بالإبتسامة والتفاؤل.
- إعطاء المريض بعض الإرشادات والتوجيهات لكي تساعده كوقاية من الإنتكاسة مرة أخرى، ويمن تلخيصها في الآتي:-

١) أن يستمر المريض في الإسترخاء لفترة من الزمن، خاصة إذا شـعر بـبعض الضيق أو مر به موقف يؤدي إلى التوتر والخوف والحزن والسأم والكآبة.

٢) أن يتذكر بإستمرار أن طريقة تفكيره وتفسيره للأحداث هي التي أدت بـه إلـى الإصابة بالقلق والإكتئاب.

٣) وعليه أن يستصحب ويتذكر القواعد العرفانية الدينية الآتية:-

أ) تذكر دائماً أن الله موجود.

ب) الرضاء والقناعة بأمر الله.

ج) التوكل على الله وأن يتذكر دائماً أنه هو الشافي.

د) يجب معرفة أن الله لا يغير ما بقوم حتى يغيروا ما بأنفسهم.

الواجب المنزلي الجديد:-

- على المريض أن ينفذ ويطبق، كل ما تم ذكره في التمرين الـسابق (إرشـادات وقائية).

تغذية راجعة:-

- التأكد من فهم المريض للإرشادات الوقائية السابقة.
- تشجيع المريض على الإستفسار عن أي شئ يحتاج إلى تفسير، أو أي شئ يريد توضيح.
- وذكر الصعوبات التي واجهته.
- في نهاية الجلسة يعطي المعالج خمسة دقائق للمريض للإستفسار أو التوضيح.

طريقة جمع البيانات وتطبيق الأدوات ميدانياً:-

قامت الباحثة بزيارة لمراكز علاج وغسيل الكلى المعنية بولاية الخرطوم، وتـم تحديد يومين لكل مركز، وتم مسح كلي لجميع المرضـى المـداومين علـى جلـسات الإستصفاء الدموي والذين تم تشخيصهم مسبقاً بأنهم يعـانون مـن القلـق والإكتئـاب بدرجات متفاوته، تم إستبعاد المرضى الأطفال والذين بلغ عددهم (٤) أطفال، وكـذلك المرضى المصابين بالإضطرابات الذهانية والذين بلغ عددهم (٥) مرضـى. وطبقـت الباحثة مقياس القلق والإكتئاب العيادي هادس **(HADS)**، على أفراد عينـة الدراسـة، وذلك لتحديد درجات القلق والإكتئاب، وبعد تصحيح عبـارات المقيـاس تـم إسـتبعاد المرضى الذين أحرزوا درجات منخفضة في مقياس القلق والإكتئاب العيادي والذين بلغ عددهم (٨) مرضى، ليصبح أفراد عينة الدراسة المرضى الـذين أحـرزوا درجـات

متوسطة وشديدة، في المقياس (٨٣) مريضاً. وتمت جدولة للجلسات ومواعيدها مع مراعاة ظروف كل مريض بعد أخذ موافقته **(Consent)**.

في بداية الجلسة الأولى قدمت الباحثة شرحاً وافي للمريض الهدف من الجلسات العلاجية، وأهمية الأختبار (قبلي، بعدي)، بغرض مقارنة النتيجتين للتأكد من التحسن الذي سيحرزه، ثم قدمت إستمارة البيانات الأساسية، وتم إجراء تقييم الوضع السلوكي المعرفي لمعرفة أوضاع المريض الحالية، وتفسيرات المريض لها وردود الأفعال التي يستخدمها.

حرصت الباحثة على أن يكون الوضع مريحاً خالياً من التوتر والضوضاء، وتم التأكيد على سرية هذه المعلومات، كما حرصت على التأكد من إستجابة أي مفحوص. ولضمان فهم المفحوصين للأسئلة المتضمنة في أدوات الدراسة وطريقة الإستجابة كانت الباحثة تشرح شرحاً وافياً وتقدم الأمثلة والنماذج وتوضح المفاهيم مع مراعاة التفاوت في المستوى التعليمي والإجتماعي الثقافي بين المرضى.

كما قامت الباحثة بشرح وتوضيح النموذج المعرفي للإضطرابات النفسية (القلق، الإكتئاب)، وتوضيح علاقتهما بمرض الفشل الكلوي، وكذلك شرح مفهوم **(A,B,C)**، مع التركيز على تطمين المريض بطبيعة أعراضه، وإمكانية التخلص منها. يتم ذلك في الجلسة الأولى التي تستغرق (٦٠) دقيقة وذلك بإستثناء بقية الجلسات التي إستغرق زمنها (٤٥) دقيقة.

في بداية كل جلسة تقدم الباحثة للمريض تمريناً يتم عرضة في شكل نموذج، ويتم تعليمه، وكيفية تطبيقه للمريض، ويقوم هو بالتنفيذ حتى يقدم للباحثة عرض آخر (تغذية راجعة) **(Feed Back)**. ويقوم المريض بعد ذلك بتطبيقه كواجب منزلي يومياً مرتين – ثلاثة مرات على الأقل قبل الجلسة التي تليها، ويعرض كيف طبق هذا التمرين الذي يحتوي على التقنية المحددة، وما هي الصعوبات التي واجهته، وكيف تغلب عليها، ثم تناقش الباحثة معه تلك الصعوبات حتى يتوصلا إلى حل لها، وهكذا وبنفس الطريقة السابقة تتوالى الجلسات الأخرى إلى أن تصل إلى درجة التحسن أو العلاج نهائياً.

وفي نهاية الجلسة الثانية عشر، وبعد التأكد من مهارات المريض، تقدم الباحثة مقياس القلق والإكتئاب العيادي كمقياس بعدي لمعرفة أثره على درجات القلق

والإكتئاب، ويتم تطبيقه تطبيقاً بعدياً، ومن ثم تقارن بينه وبين الإختبار القبلي للتأكد من درجة التحسن.

في مرحلة القياس البعدي تم إستبعاد (٢٣) مريضاً، من عينة الدراسة التي وقع عليها إجراء المقياس القبلي، وذلك للأسباب الآتية:-

- (١٠) مرضى لم تتمكن الباحثة من إجراء الإختبـار البعـدي لهـم (لظـروف وفاتهم).
- (٧) مرضى لم يواظبوا على الجلسات العلاجية لظروف مختلفة، منها بعد أماكن السكن، (خارج الولاية)....إلخ.
- (٦) مرضى تمت لهم إجراء عملية زراعة كلى في أثناء الجلـسات العلاجيـة، وهؤلاء تم إستبعادهم لحرص الباحثة على تجانس عينة الدراسة بأنهم مرضـى مصابين بالفشل الكلوي المزمن تتم معالجتهم بواسطة الإستصفاء الدموي، وذلك للتأكد من معرفة أثر البرنامج العلاجي المقترح، على درجات القلق والإكتئاب، ولذا أصبح عدد المرضى الذين تم لهم إختبار (قبلي، بعـدي) (٦٠) مريـضاً، (٣١) ذكر، (٢٩) أنثى.

تصحيح أدوات الدراسة:-

قامت الباحثة بتصحيح الإستمارة وفقاً للطريقة التي سبق ذكرها بالنسبة لكل أداة وبعد الإنتهاء من التصحيح قامت بتفريغ البيانات في جداول صماء، أعـدت خصيـصاً لهذا الغرض ومن ثم أدخلت في جهاز الحاسوب لمعالجتها إحصائياً، وذلك عن طريقـة الإستعانة بمتخصص في هذا المجال.

أساليب المعالجة الإحصائية:-

إعتمدت الباحثة في تحليل بيانات العينة الإستطلاعية والعينة النهائية على جهاز الحاسب الآلي وذلك للآتي:-

١) تحري الدقة في النتائج.
٢) السرعة الزمنية.
٣) تقليل الجهد.

وقد لجأت الباحثة إلى استخدام عدة أساليب إحصائية عن طريق برنامج الحـزم الإحصائية للعلوم الاجتماعيـة لمقارنـة النتـائج، **Statistical Package for (SPSS) Social Science** الآتية:-

٩) إختبار (ت) للفرق بين متوسطين مرتبطين.

١٠) معامل إرتباط بيرسون.

١١) معامل تحليل التباين الآحادي **(ANOVA).**

١٢) إختبار مان ونتي.

الفصـل الرابــع

عرض النتــائج وتفسيرها

الفصـــل الرابـــــع

عرض النتـــائج ومناقشتها

تمهيد:-

يتم في هذا الفصل عرض النتائج التي توصلت لها الدراسة مـن خـلال أدوات جمع البيانات المستخدمة، وذلك عن طريق عرض كل فرض والنتائج المتعلقة به، ومن ثم التعليق عليها. ويشتمل هذا الفصل على مبحثين هما، المبحث الأول عرض النتـائج، المبحث الثاني مناقشة النتائج وتفسيرها.

المبحث الأول: عرض النتائج:-

الفرض الأول:-

ينص هذا الفرض على أنه (يؤدي تطبيق برنامج العـلاج الـسلوكي المعرفـي المقترح إلى تحسين درجة القلق والإكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المـزمن، كمـا يقيسه مقياس القلق والإكتئاب العيادي (هادس) **(HADS)**.

ولدراسة هذا الفرض إستخدمت الباحثة إختبار (ت) للمجمـوعتين المـرتبطتين لمعرفة الفروق بين التطبيقين، فأظهرت نتيجة التحليل الجدول التالي جدول رقم (٩):-

أبعاد مقياس القلق والإكتئاب العيادي	زمن التطبيق	العدد	المتوسط	الإنحراف المعياري	قيمة (ت)	القيمة الإحتمالية	الإستنتـــــاج
القلق	قبلي	٦٠	١٢,٧٢	٣,١٣	٢٨,٠٦	٠,٠٠١	توجد فروق دالة إحصائياً لصالح التطبيق البعدي
	بعدي		٠٢,٩٠	١,٧٢			
الإكتئاب	قبلي	٦٠	١١,٥٧	٢,٥٦	٢٦,٧٠	١,٠٠١	توجد فروق دالة إحصائياً لصالح التطبيق البعدي
	بعدي		٠٣,٥٥	١,٧٨			

يوضح الجدول أعلاه أنه توجد فروق بين التطبيقـين القبلـي والبعـدي (ت) = ٢٨,٠٦، (د ح)، ح = (٠,٠٠١)، ذات دلالة إحصائية في القلق والإكتئاب قبـل وبعـد تطبيق البرنامج على مرضى الفشل الكلوي المزمن وذلك لصالح مجموعة بعد تطبيـق البرنامج، وهذه النتيجة تؤكد تحقق صحة الفرض الأول من فروض هذه الدراسة.

الفرض الثاني:-

ينص هذا الفرض على أنه (توجد علاقة دلالة إحصائياً بين درجة التحسن من القلق والإكتئاب الناجم عن تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الفشل الكلوي المزمن وعمر المريض).

ولدراسة هذا الفرض استخدمت الباحثة معامل إرتباط بيرسون فأظهرت نتيجة هذا الإجراء الجدول التالي:-

جدول رقم (١٠) يوضح معامل إرتباط بيرسون لمعرفة العلاقة بين درجة التحسن الناجم عن تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الفشل الكلوي المزمن وعمر المريض (ن = ٦٠).

أبعاد مقياس القلق والإكتئاب العيادي	معامل الإرتباط مع العمر	القيمة الإحتمالية	الإستنتاج
القلق	-٠,٠٠٣	٠,٤٩٠	لا توجد علاقة دالة بين المتغيرين
الإكتئاب	٠,٠٤٤	٠,٣٦٩	لا توجد علاقة دالة بين المتغيرين

يوضح الجدول أعلاه أنه لا توجد علاقة دالة بين المتغيرين في أبعاد القلق والإكتئاب الناجم عن تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الفشل الكلوي المزمن، حيث بلغ معامل الإرتباط بالنسبة لعمر المريض مع بعد القلق (-٠,٠٠٣) بقيمة إحتمالية (٠,٤٩٠)، وكذلك بلغ معامل الإرتباط بالنسبة لعمر المريض مع بعد الإكتئاب (٠,٠٤٤) بقيمة إحتمالية (٠,٠٣٦٩) وهذه النتيجة تؤكد عدم تحقق صحة الفرض الثاني من هذه الدراسة.

الفرض الثالث:-

ينص هذا الفرض على أنه (لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة التحسن من القلق والإكتئاب الناجم عن تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى لنوع المريض (ذكر، أنثى)،

ولدراسة هذا الفرض إستخدمت الباحثة إختبار (ت) للمجموعتين المستقلتين، وقد أظهرت نتيجة هذا الإجراء الجدول التالي:-

جدول رقم (١١) يوضح إختبار (ت) لمعرفة الفروق في التطبيق البعدي لمقياس القلق والإكتئاب العيادي على مرضى الفشل الكلوي المزمن تبعاً للنوع (ذكر، أنثى).

أبعاد مقياس القلق والإكتئاب العيادي	زمن التطبيق بعدي	العدد	المتوسط	الإنحراف المعياري	قيمة (ت)	القيمة الإحتمالية	الإستنتاج
القلق	ذكور	٣١	٢,٩٧	١,٨٧	٠,٣١٢	٠,٧٥٦	لا توجد فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين
	إناث	٢٩	٢,٨٣	١,٥٨			
الإكتئاب	ذكور	٣١	٣,٣٥	١,٨٥	٠,٨٧٢	٠,٣٨٧	لا توجد فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين
	إناث	٢٩	٣,٧٦	١,٧٢			

يوضح الجدول أعلاه أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً في الدرجة الكلية للتحسن في بعد القلق ترجع للنوع (ذكور، إناث)، حيث بلغ متوسط الذكور (٢,٩٧) والإناث (٢,٨٣) بقيمة إحتمالية (٠,٧٥٦)، كما أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً في الدرجة الكلية للتحسن في بعد الإكتئاب ترجع للنوع (ذكور، إناث)، حيث بلغ متوسط الذكور (٣,٣٥) والإناث (٣,٧٦) بقيمة إحتمالية (٠,٣٨٧) وهذا يدل على أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً للدرجة الكلية للتحسن الناجم من تطبيق البرنامج على مرضى الفشل الكلوي المزمن في بعدي القلق والإكتئاب تعزى للنوع (ذكور وإناث)، وهذه النتيجة تؤكد تحقق صحة الفرض الثالث من هذه الدراسة.

الفرض الرابع:-

ينص هذا الفرض على أنه (توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة التحسن من القلق والإكتئاب الناجم عن تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى للحالة التعليمية (أمي، أساس، متوسط، ثانوي).

ولدراسة هذا الفرض إستخدمت الباحثة إختبار تحليل التباين الآحادي **(ANOVA)**، فأظهرت نتيجة التحليل الجدول التالي:-

جدول رقم (١٢) يوضح إختبار تحليل التباين الأحادي **(ANOVA)** لمعرفة الفروق في درجة التحسن من القلق والإكتئاب الناجم عن تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الفشل الكلوي المزمن تبعاً للحالة التعليمية (أمي، أساس، متوسط، ثانوي).

أبعاد مقياس القلق والإكتئاب العيادي	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	القيمة الإحتمالية	الإستنتاج
القلق	بين المجموعات	٢,٢٩٩	٣	٠,٧٦٦	٠,٢٤٨	٠,٨٦٣	لا توجد فروق دالة بين المجموعات في القلق
	داخل المجموعات	١٧٣,١٠١	٥٦	٣,٠٩١			
	الكلي	١٧٥,٤٠٠	٥٩				
الإكتئاب	بين المجموعات	٥,٨٤٤	٣	١,٩٤٨	٠,٥٩٦	٠,٦٢٠	لا توجد فروق دالة بين المجموعات في الإكتئاب
	داخل المجموعات	١٨٣,٠٠٦	٥٦	٣,٢٦			
	الكلي	١٨٨,٨٥	٥٩				

يوضح الجدول أعلاه أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية للتحسن في بعد القلق بعد تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى للحالة التعليمية للمريض (أمي، أساس، متوسط، ثانوي)، حيث بلغ متوسط المربعات (٠,٧٦٦)، (٣,٠٩١) بقيمة إحتمالية ٠,٨٦٣ ودرجة حرية (٥٩) درجة. كما أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية للتحسن في بعد الإكتئاب بعد تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الفشل الكلوي

المزمن تعزى للحالة التعليمية، حيث بلغ متوسط المربعات (١,٩٤٨)، (٣,٢٦) بقيمـة إحتمالية (٠,٦٢٠) ودرجة حرية (٥٩) درجة. وهذه النتيجة تشير إلـى عـدم تحقـق الفرض الرابع من هذه الدراسة بصورة إيجابية.

الفرض الخامس:-

ينص هذا الفرض على أنه: (توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة التحسن من القلق والإكتئاب الناجم عن تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزي للحالة الاجتماعية (متزوج، غير متزوج، مطلق).

ولدراسة هذا إستخدمت الباحثة إختبار تحليل التباين الآحادي **(ANOVA)** فأظهرت نتيجة التحليل الجدول التالي:-

جدول رقم (١٣) يوضح إختبار تحليل التباين الآحادي **(ANOVA)** لمعرفة الفروق في درجة التحسن من القلق والإكتئاب الناجم من تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الفشل الكلوي تبعاً للحالة الإجتماعية (متزوج، غير متزوج، مطلق).

أبعاد مقياس القلق والإكتئاب العيادي	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	القيمة الإحتمالية	الإستنتاج
القلق	بين المجموعات	١٧,٦	٢	٨,٥٣	٣,٠٧	٠,٠٥٤	لا توجد فروق دالة إحصائياً بين المجموعات في القلق
	داخل المجموعات	١٥٨,٣٣	٥٧	٢,٧٧			
	الكلي	١٧٥,٤٠	٥٩				
الإكتئاب	بين المجموعات	٢,٩٢	٣	١,٤٦	٠,٤٤٩	٠,٦٤١	لا توجد فروق دالة إحصائياً بين المجموعات في الإكتئاب
	داخل المجموعات	٨٥,٩٢	٥٧	٣,٢٦			
	الكلي	١٨٨,٨٥	٥٩				

يوضح الجدول أعلاه أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية للتحسن في بعد القلق بعد تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى للحالة الاجتماعية للمريض (متزوج، غير متزوج، مطلق)، حيث بلغ متوسط المربعات (٥٣، ٨، ٢,٢٧) بقيمة إحتمالية (٠,٠٥٤) ودرجة حرية (٥٩). كما أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية للتحسن في بعد الإكتئاب بعد تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى للحالة الإجتماعية، حيث بلغ متوسط المربعات (١,٤٦)، (٣,٢٦) بقيمة إحتمالية

(٠,٦٤١) ودرجة حرية (٥٩) وهذه النتيجة تشير إلى عدم تحقق الفرض الرابع من هذه الدراسة بصورة إيجابية.

الفرض السادس:-

ينص هذا الفرض على أنه (لا توجد فروق ذات دلالة إحـصائية فـي درجـة التحسن من القلق والإكتئاب الناجم عن تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفـي لـدى مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى للوضع الوظيفي (عاملين، وغير العاملين).

ولدراسة هذا الفرض إستخدمت الباحثة مقياس مـان ونتـي **(Man-whitenty)** للرتب وذلك لأن إعداد أفراد أحد المجموعتين يقل عن (١٠) مفحوصين ولذلك يفـضل إستخدام إختبار رتبي، وقد أظهرت نتيجة هذا الإجراء الجدول التالي:-

جدول رقم (١٤) يوضح إختبار مان وتني لمعرفة الفروق في التطبيق البعـدي لمقياس القلق والإكتئاب العيادي (هادس) بين عاملين وغير عاملين.

أبعاد مقياس القلق والإكتئاب العيادي	الوضع الوظيفي	عدد الحالات	متوسط الرتب	معلمة مان ونتي	ملمة ويلكسون	قيمة ز	القيمة الاحتمالية	الإستنتاج
القلق	عاملين	٩	٢٨,٧٨	٢١٤,٠	٢٥٩,٠	٠,٣٢٧	٠,٧٤٤	لا توجد فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين
	غير عاملين	٥١	٣٠,٨٠					
الإكتئاب	عاملين	٩	٢٥,٣٩	١٨٣,٥٠	٢٢٨,٥٠	٠,٩٦٧	٠,٣٣٣	لا توجد فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين
	غير عاملين	٥١	٣١,٤٠					

يوضح الجدول أعلاه أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة التحـسن في بعد القلق بعد تطبيق برنامج العلاجي السلوكي المعرفي على مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى للوضع الوظيفي (عاملين غير عاملين)، حيث بلغ متوسط الـر بالنـسبة للعاملين (٢٨,٧٨) وغير العاملين (٣٠,٨٠)، بقيمة احتمالية (٠,٧٤٤) وتلاحظ الباحثـة قيم معلمة مان وتني + ٢١٤,٠. كما أنه لا توجد فروق في الدرجة الكلية للتحسن فـي بعد الإكتئاب بعد تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الفشل الكلـوي المزمن تعزى للوضع الوظيفي للمريض، حيث بلغ متوسط الرتـب بالنـسبة للعـاملين (٢٥,٣٦) وغير عاملين (٣١,٤٠) بقيمة إحتمالية (٠,٣٣٣) وتلاحظ الباحثة قيمة معلمة

(مان وتني) = (١٨٣,٥٠) وذلك يشير إلى أنه لا توجد فروق في درجة التحسن الناجم من تطبيق برنامج العلاج السلوكي والمعرفي على مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى للوضع الوظيفي (عاملين غير عاملين). وهذه النتيجة تشير إلى تحقق الفرض الـسادس من هذه النتيجة بصورة إيجابية.

الفرض السابع:-

ينص هذا الفرض على أنه (توجد علاقة دالة إحصائياً بين درجة التحـسن مـن القلق والإكتئاب الناجم عن تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الفشل الكلوي المزمن والمدة الزمنية لظهور المرض).

ولدراسة هذا الفرض إستخدمت الباحثة معامل إرتباط بيرسون، فأظهرت نتيجة هذا الإجراء الجدول التالي:-

جدول رقم (١٥) يوضح معامل بيرسون لمعرفة العلاقة بين درجة التحسن مـن القلق والإكتئاب الناجم عن تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الفشل الكلوي المزمن والمدة الزمنية لظهور المرض (ن = ٦٠).

أبعاد مقياس القلق والإكتئاب العيادي	معامل الإرتباط مع مدة الإصابة	القيمة الإحتمالية	الإستنتـــــــاج
القلق	٠,٣٠٤	٠,٠٠٩	توجد علاقة طردية دالة بين المتغيرين
الإكتئاب	٠,٠٥٣	٠,٣٤٤	لا توجد علاقة دالة بين المتغيرين

يوضح الجدول أعلاه أنه توجد علاقة طردية دالة بين المتغيـرين فـي درجـة التحسن الناجم عن تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الفشل الكلوي المزمن في بعد القلق، حيث بلغ معامل الإرتباط (٠,٣٠٤) بقيمة إحتماليـة (٠,٠٠٩)، بينما لا توجد علاقة دالة بين المتغيرين في درجة التحسن الناجم عن تطبيـق برنـامج العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الفشل الكلوي المزمن في بعد الإكتئاب، وهـذه النتيجة تشير إلى تحقق صحة الفرض السابع من هذه الدراسة بصورة جزئية.

الفرض الثامن:-

ينص هذا الفرض على أنه (توجد فروق دالة إحصائياً في درجة التحسن من القلق والإكتئاب الناجم من تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الفشل الكلوي المزمن تبعاً للرغبة والأمل في عملية زراعة الكلى).

ولدراسة هذا الفرض إستخدمت الباحثة إختبار (ت) للمجموعتين المستقلتين، وقد أظهرت نتيجة هذا الإجراء الجدول التالي:-

جدول رقم (١٦) يوضح إختبار (ت) لمعرفة الفروق في التطبيق البعدي لمقياس القلق والإكتئاب العيادي على مرضى الفشل الكلوي المزمن تبعاً للرغبة والأمل في عملية زراعة الكلى.

أبعاد مقياس القلق والإكتئاب العيادي	الرغبة	العدد	المتوسط	الإنحراف المعياري	قيمة ت	القيمة الإحتمالية	الإستنتاج
القلق	نعم	٤٥	٢,٧٦	١,٧٨	١,١٢	٠,٢٦٥	لا توجد فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين
	لا	١٥	٣,٣٣	١,٤٩			
الإكتئاب	نعم	٤٥	٣,٤٠	١,٨١	١,١٢	٠,٢٦٤	لا توجد فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين
	لا	١٥	٤,٠٠	١,٦٩			

يوضح الجدول أعلاه أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً في الدرجة الكلية للتحسن في بعد القلق يرجع للرغبة والأمل في عملية زراعة الكلى من عدمها، حيث بلغ متوسط عدد المرضى الذين لديهم رغبة في عملية الزراعة (نعم) (٢,٧٦) ومتوسط والذين ليس لديهم رغبة في عملية زراعة الكلي (لا) (٣,٣٣) بقيمة إحتمالية (٠,٢٦٥).

كما أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً في الدرجة الكلية للتحسن في بعد الإكتئاب يرجع للرغبة والأمل في عملية الزراعة (نعم) (٣,٤٠)، والذين ليس لديهم رغبة في عملية الزراعة الكلي (لا) (٤,٠٠) بقيمة إحتمالية (٠,٢٦٤)، وهذا يدل على أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً في درجة التحسن الناجم عن تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الفشل الكلوي تبعاً للرغبة والأمل في عملية زراعة الكلي وتشير هذه النتيجة على عدم تحقق الفرض الثامن من هذه الدراسة بطريقة إيجابية.

المبحـث الثـــــاني

مناقشــة النتـــــائج وتفسيرها

تتناول الباحثة في هذا المبحث، مناقشة النتائج التي تم التوصل إليها من خـلال الدراسة الميدانية التي انطلقت منها الدراسة وتفسيرها، وسوف تناقش الباحثة تفسير كل فرض على حدة.

مناقشة نتيجة الفرض الأول:-

ينص هذا الفرض على أنه (يؤدي تطبيق برنامج العـلاج الـسلوكي المعرفـي المقترح إلى تحسين درجة القلق والإكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المـزمن، كمـا يقيسه مقياس القلق والإكتئاب العيادي (هادس) **(HADS)**.

تشير النتيجة المستخلصة من الجدول رقم (٩) إلى أن برنامج العلاج الـسلوكي المعرفي حقق تحسناً كبيراً في درجة القلق والاكتئاب، أي أنه توجد فروق ذات دلالـة احصائية بين التطبيقين القبلي والبعدي.

وتفسر الباحثة هذه النتيجة بالآتي:-

يتسم هذا البرنامج بميزات أهمها إعادة هيكلة البنية المعرفيـة للفـرد، وتغييـر اتجاهاته القيمية وطرائق إدراكه وتفسيره للبيئة المحيطة، وايـضاً تخيلاتـه وتنبؤاتـه المستقبلية، وقد إستند هذا البرنامج على الفرضية "أن المعرفة هي عامل أولي هام ليس فقط في تكوين الإنفعالات، ولكن في إستثارة وتسكين الإضـطرابات الإنفعاليـة، فقـد إستهدف هذا البرنامج المدركات المشوهة للفرد عن ذاتـه، وذلـك بتعريفـه النمـوذج السلوكي المعرفي للإضطرابات النفسية والآليات التي يتم بها تكـوين الأفكـار الآليـة السالبة، وتدريبه على كسر الدائرة المفرغة للقلـق وفنـون إسـتخدام الإسـتراتيجيات العلاجية، ومن ثم يتثنى له دحض طريقة التفكير الكوارثي واللاعقلاني وتفنيد الأفكـار الآلية السالبة وإستبدالها بأخرى إيجابية. ولابد هنا من الإشارة إلى أن معرفة الافكـار الآلية السالبة ودحضها وتقديم البدائل العقلانية قد تلعب دوراً كبيراً في الـتخلص مـن أعراض القلق والإكتئاب، لأنها تساعد المريض في إكتشاف الأفكار الإنهزامية والسلبية واللامنطقية ومن ثم دحضها وإستبدالها أو إلهاء النفس عنها. وتتسق هذه النتيجـة مـع

دراسة دايو Dua، (١٩٩٣)، التي هدفت لمعرفة أثر فاعلية التدريب على تقليل الأفكار السالبة وزيادة الأفكار الإيجابية في معالجة المشكلات الإنفعالية لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن، وقد أثبتت نتائج الدراسة فاعلية الجمع بين أسلوبي تقليل الإفكار السالبة وإبدالها بأخرى إيجابية.

وتضيف الباحثة أن العلاج السلوكي المعرفي قد إستند على المنجزات النظرية والعلاجية التجريبية للإتجاه السلوكي والمعرفي في علم النفس، وإن الإتجاهان يتفقان في إعتماد مبدأ التعلم كأداة لتغيير السلوك المضطرب، وذلك بالإستهداف المباشر لظاهر السلوك، وتغييره بتدريب وتعليم المريض تقنيات وإستراتيجيات تساعده على ذلك في فترة زمنية محددة وقصيرة المدى، وهذا ما يتناسب تماماً مع طبيعة مرضى الفشل الكلوي المزمن إذ يتطلب الإنتظام والمواظبة في روتين غذائي وعلاجي "الحمية الغذائية، وعقاقير طبية، وجلسات إستصفاء دموي" مما يستدعي تقوية وزيادة الدافعية السلوكية للمريض وضبطه لذاته كي ينتظم في هذا الروتين، وتتسق نتيجة هذا الفرض مع دراسة شوراسيتورت (٢٠٠٠م)، بوحدة غسيل الكلى بمدينة كينيستون بالولايات المتحدة الأمريكية، لمعرفة مدى فاعلية العلاج السلوكي المعرفي للمساعدة على المواظبة والإنتظام في العلاج على تحسين مستوى البولينا للمرضى تحت الإستصفاء الدموي، وقد أثبتت هذه الدراسة فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في زيادة دافعية المرضى على المواظبة والإنتظام. وأيضاً دراسة شلاتر (١٩٩٨م)، في جامعة لينو ايوس بولاية شيكاغو، حيث هدفت إلى معرفة فاعلية العلاح السلوكي المعرفي في تقليل إرتفاع معدل الفوسفيت لدى مرضى الفشل الكلوي تحت الإستصفاء الدموي، وأثبتت هذه الدراسة فاعلية برنامج العلاج السلوكي المعرفي في تقليل نسبة الفوسفيت في الدم نتيجة للمواظبة والإنتظام في العلاج.

تضيف الباحثة ان العلاج السلوكي المعرفي يعتمد على إستخدام تقنيات وإستراتيجيات مترابطة ومتدرجة تصاعدياً، بحيث يشكل التحسن النسبي الناتج من النجاح في تطبيق إحدى الإستراتيجيات حافزاً للمريض لينتقل إلى الإستراتيجية التي تليها، وبالتالي ينتظم المريض بدافعية متصاعدة حتى نهاية الجلسات العلاجية.

وتضيف الباحثة أثبتت نتائج بعض الدراسات مثل دراسة يابكو (١٩٧٩م)، كما جاء في عبد الستار إبراهيم (١٩٩٨م)، التي قارنت بين العلاج الكيميائي بالعقاقير والعلاح السلوكي المعرفي للتخلص من الإضطرابات الإنفعالية، إن التفوق في الشهر

الأول يكون لصالح العلاج بالعقاقير، أما بعد مرور ثلاثة أشهر يكون التفـوق للعـلاج السلوكي المعرفي، وبعد ستة أشهر تزيد نسبة الإنتكاسة (٥٠%)، إذا عولجوا المرضى بإستخدام العقاقير فقط.

مما سبق تؤكد الباحثة أن العلاج السلوكي المعرفي هـو الأنـسب والأفـضل لمساعدة المرضى المصابين بالأمراض المزمنة لخصوصيتها التي تحتاج إلـى تعلـيم المريض تقنيات وإستراتيجيات لحل المشكلات التي يواجهها وتأكيد الذات وضبطها مدى الحياة.

إن تجربة الباحثة العملية الطويلة لأكثر من عشرين عاماً فـي مجـال العـلاج النفسي، وخصوصاً خبرتها الممتدة في تقديم الإرشاد والعلاج النفسي لمرضـى الفـشل الكلوي ساعدها في مواءمة طرايق العلاج السلوكي المعرفـي مـع متطلبـات البيئـة السودانية، وتجلى ذلك من خلال إستخدام إستراتيجية الإسترخاء كتقنيـة ذات أولويـة تتناسب مع مرضى الفشل الكلوي المزمن الذين تبدو عليهم درجات عالية مـن التـوتر والمخاوف، وعلى الرغم من الأنواع المتعددة لتقنية الإسترخاء فقد إختـارت الباحثـة إثنين فقط هما إسترخ فقط، وإسترخاء التحكم الرمزي، لأنهما لايحتاجان لزمن طويل أو مجهود عضلي كبير وذلك يتناسب مع مرضى الفشل الكلوي المزمن، الذين يعانون من الوهن العام وضعف العظام. وكذلك إستندت الباحثة على كثير من معتقـدات التفكيـر الديني "الإيمان، الصبر، التوكل، الثقة في الله" كمفاهيم عقلية دينية تساعد المريض للتعلم والتطبيق الفعال للإستراتيجيات العلاجية والإرشاد الوقائي النفسي .

مناقشة نتيجة الفرض الثاني:-

ينص هذا الفرض على أنه (توجد علاقة دلالة إحصائياً بين درجة التحسن من القلق والإكتئاب الناجم عن تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الفشل الكلوي المزمن وعمر المريض).

تشير النتائج المعروضة في الجدول رقم (١٠) أنه لا توجدعلاقة دالة بين المتغيرين، وهذه النتيجة تؤكد عدم تحقق صحة هذا الفرض بصورة إيجابية ، أي لاتوجد علاقة بين درجة التحسسن وعمر المريض.

كانت تتوقع الباحثة أن توجد علاقة دالة إحصائية بين درجة التحسن من القلق والإكتئاب بعد تطبيق البرنامج العلاجي وعمر المريض ، وذلك لأن صغار السن لديهم فاعلية وطموحات أكبر في الحياة ودرجة خوف أقل من المرض أو الموت، اما فئة كبار السن قد تضعف قدرتهم على التحمل وتقل طموحاتهم وتزيد مخاوفهم من المرض والموت.

تفسر الباحثة نتيجة هذا الفرض بالآتي:-

تكافؤ العوامل وتحييدها لبعضها البعض ، بحيث تتساوى في آثارها النفسية، فإذا كان مرض الفشل الكلوي المزمن يعيق حركة كبار السن ويفقدهم مصدر رزقهم ويقلل من إنتاجيتهم ، فبالنسبة لصغار السن قد يحرمهم من كل المستقبل بما فيه القدرة على الإنتاج والإمكانية على العمل وتكوين الأسرة، وأيضاً غالباً ما نجد صغار السن أكثر تفاؤلاً وإستعدادية للتغيير والتعلم، ولكن في ذات الوقت الإلتزام بالروتين العلاجي من إستصفاء دموي وغيره والحمية الغذائية والإنضباط فيها قد تبدو لصغار السن كأقفاص حديدية يصعب عليهم البقاء فيها، وبالمقابل نجد أن كبار السن أقل قابلية للتعلم وتغيير محتويات وطرائق تفكيرهم، ولكن في ذات الوقت أعلى إستعداداً للتاقلم مع متطلبات الواقع الجديد، وذلك على الرغم من إختلاف العتبات المعرفية ودرجات التحمل النفسي بين صغار السن وكبار السن نجد أن تعاظم الآثار الصحية بالنسبة لصغار السن ربما يحيد دور إنخفاض درجات التحمل عند كبار السن، وهذا ما يفسر لنا عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة التحسن من القلق والإكتئاب وعمر المريض.

مناقشة نتيجة الفرض الثالث:-

ينص هذا الفرض على أنه (لا توجد فروق ذات دلالة إحـصائية فـي درجـة التحسن من القلق والإكتئاب الناجم عن تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفـي علـى مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى لنوع المريض (ذكر، أنثى)،

وتشير النتايج المستخلصة من الجدول رقم (١١) أنه لا توجد فروق ذات دلالـة إحصائية بين المجموعتين، وهذه النتيجة تؤكد تحقق صحة هذا الفرض مـن الدراسـة بصورة إيجابية أي لاتوجد فروق في درجة التحسن تعزى من النوع (ذكر، أنثى) .

وتفسر الباحثة هذه النتيجة بالآتي :-

بالرجوع للجدول رقم (٣)، الذي يبين التكرار والنسبة المئويـة لأفـراد عينـة الدراسة، نجد أن عدد الذكور تساوى مع عدد الإناث ، حيـث بلغـت نـسبة الـذكور ٥١,٧% ونسبة الإناث ٤٨,٣%. وأن البرنامج الذي قامت بتطبيقه الباحثة فـي هـذه الدراسة بغرض تحسين درجة القلق والإكتئاب وإزالة الأعـراض، وتلـك الأعـراض يتساوى فيها الذكور والإناث . وكذلك لا تختلف بنية وتركيبة الشخصية القلقة والمكتئبة على أساس النوع (ذكر، أنثى)، وإن أهم ما يميزهما زيادة الحذر والهواجس والخـوف من نتائج السلوك وتقلب المزاج والعزلة أو الإنطواء والإحساس بالذنب وتأنيب الـذات إلخ، لذلك ربما تكثرالأفكار الآلية السالبة والتفكير الكوارثي والإنتقائي وصيغ التعمـيم والمبالغة بذات النسب بين الذكور والإناث، مما أدى إلى تحسن درجات القلق والإكتئاب بدرجات متساوية تقريباً بينهما، إذن نسبة التهيؤ في الإستجابة للعـلاج تتـساوى بـين الذكور والإناث في حالة تطبيق نفس الإستراتيجيات العلاجية.

وفي هذا الإطار تضيف الباحثة أن الضغوط الحياتية التي يتعرض لها مـريض الفشل الكلوي المزمن، قد تختلف في أشكالها من حيث النوع (ذكـر، أنثـى)، ولكنهـا تتكافئ من حيث أنها ضغوطاً حياتية وبيئية ربما تنتج ردود أفعال نفسية سالبة وعلـى سبيل المثال فالأنثى قد تؤرقها التغييرات والتشوهات الجسدية والطبية التي تطرأ علـى مظهرها العام بصورة أكبر، أما الذكر قد تزداد هواجـسه ومخاوفـه حـول الهـزال الجسماني وما يتعلق به من كفاءة ورجولة بصورة أكبر.

مناقشة نتيجة الفرض الرابع:-

ينص هذا الفرض على أنه (توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة التحسن من القلق والإكتئاب الناجم عن تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى للحالة التعليمية (أمي، أساس، متوسط، ثانوي).

بالرجوع إلى الجدول رقم (١٢) أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين المجموعات في القلق والإكتئاب، وهذه النتيجة تشير إلى عدم تحقق الفرض بصورة إيجابية، أي لا توجد فروق في درجة التحسن تعزى إلى الحالة التعليمية للمريض.

كانت تتوقع الباحثة وجود فروق دالة إحصائياً في درجة التحسن من القلق والإكتئاب بعد تطبيق البرنامج والحالة التعليمية للمريض، وذلك لأن فاعلية برنامج العلاج السلوكي المعرفي يحتاج إلى حد أدنى من التعليم والمعارف، وبالتالي يحدث تطبيق البرنامج أثراً اكبر في عينة أفراد الدراسة المتعلمين.

وتفسر الباحثة هذه النتيجة بالآتي:-

بالرجوع إلى جدول التكرار والنسبة المئوية لأفراد عينة الدراسة، تلاحظ أن (٩٠%) من أفراد العينة تلقوا تعليماً بدرجات متفاوتة، (أساس ٢٣,٣%)، (متوسط ٣٠%)، (ثانوي ٣٦,٧%)، مما ساعد ذلك على تحسن درجات القلق والإكتئاب بعد تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على المستوى العام لكل أفراد عينة الدراسة، ولكن درجة التفاوت العالية بين المتعلمين (٩٠%)، وغير المتعلمين (١٠%)، لم يمكن الباحثة من إختبار الفرض بصورة دقيقة.

على الرغم من ان تطبيق إستراتيجيات العلاج السلوكي المعرفي تتطلب قدراً من التعليم بالنسبة للمريض، إلا أن ذلك لا يعني عدم صلاحية تلك الإستراتيجيات لغير المتعلمين، فالمتعلمين قد يتميزون بسرعة إكتساب المهارات المعرفية والتعليمية الجديدة والإستعداد لإعادة هيكلة أفكارهم، لكن في ذات الوقت قد يصبح التعليم عامل مساعد في زيادة مقاومة المريض لإستقبال المعلومات والأفكار الجديدة. أما بالنسبة لغير المتعلمين ربما تقل مقدرتهم على أكتساب المهارات المعرفية والتعليمية الجديدة، وفي المقابل قد يكون غير المتعلمين أكثر قابلية للإيحاء وأقل نزوعاً للمحاججة ورفض إستقبال الأفكار الجديدة، وذلك قد يعتمد على مهارات المعالج في مؤامة وتبيئة مصطلحات وتقنيات وإستراتيجيات العلاج السلوكي المعرفي (إستخدام اللغة الدراجة، والإستفادة من المعتقدات الدينية والتقليدية).

مناقشة نتيجة الفرض الخامس:-

ينص هذا الفرض على أنه: (توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة التحسن من القلق والإكتئاب الناجم عن تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على مرضـى الفشل الكلوي المزمن تعزي للحالة الاجتماعية (متزوج، غير متزوج، مطلق).

تشير النتائج المستخلصة من الجدول رقم (١٣) أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين، وهذه النتيجة تؤكد عدم تحقق الفرض بصورة إيجابية، أي لا توجـد فروق في درجة التحسن تعزى للحالة الإجتماعية.

إفترضت الباحثة أنه توجد فروق في درجة التحسن تعزى للحالة الإجتماعيـة، وذلك لدور المؤسسة الزواجية في توفير الدعم النفسي والاجتماعي للفرد، إلا ان نتيجـة هذا الفرض لم تحقق بصورة إيجابية.

وتفسر الباحثة هذه النتيجة بالآتي:-

على الرغم من وجود المريض للمساندة النفسية والاجتماعية في حالة الـزواج، إلا أن الضغوط الحياتية تتفاقم بسبب الإحساس بالعجز في توفير متطلبات الحياة، وأداء المهام الزوجية بكفاءة بالنسبة (للزوج أو الزوجة)، وفي حالة عدم الزواج أو الطـلاق يفتقد المريض المشاركة الإنسانية والدعم النفسي والاجتماعي مـن الـشريك، ولكـن بالمقابل تقل المسئوليات ومتطلبات الشراكة في حالة عدم الزواج أو الطلاق، ولكن قـد تتعاظم الهواجس حول إمكانية الزواج أو إنجاب الأطفال. وبـذلك تتـساوى الـضغوط الحياتية برغم إختلاف طبيعتها بالنسبة للمتزوجين أو غير المتزوجين أوالمطلقين.

مناقشة نتيجة الفرض السادس:-

ينص هذا الفرض على أنه (لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة التحسن من القلق والإكتئاب الناجم عن تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى للوضع الوظيفي (عاملين، وغير العاملين).

تشير النتائج المستخلصة من الجدول رقم (١٤) انه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين، أي لا توجد فروق في درجة التحسن تعزى للوضع الوظيفي وهذه النتيجة تؤكد صحة الفرض بصورة إيجابية.

وبالرجوع إلى الجدول رقم () الذي يوضح التكرار والنسبة المئوية لعينة الدراسة نجد ان عدد أفراد العينة غير متوازي لصالح غير العاملين، إذ بلغت نسبة عدد غير العاملين (٨٥%)، وهذه نسبة متوقعة لأن غالبية مرضى الفشل الكلوي لا يستطيعون العمل.

وتفسر الباحثة هذه النتيجة بالآتي:-

أنه من البديهي إن العمل يعتبر إحدى أساليب العلاج النفسي الذي قد يساعد في تخفيف الضغوط النفسية، وكذلك معالجة بعض الإضطرابات النفسية والسلوكية، ألا أنه في حالة إصابة الفرد بمرض الفشل الكلوي المزمن قد يصبح العمل في حد ذاته عاملاً ضاغطاً لأن مرض الفشل الكلوي ربما يضعف من قدرة المريض من إنجاز مهامه العملية، ويقلل من إنتاجيته بشكل ملموس، وأيضاً قد يتناقض برنامج الروتين العلاجي (إستصفاء دموي) مع متطلبات الوظيفة والإنضباط مما يشكل بدوره ضغطاً آخر. أما المريض الذي لا يعمل (بدون وظيفة) قد يتأثر بالمرض ولكن بصورة أقل من المريض الذي يعمل، لأن التأقلم والمواظبة على البرنامج العلاجي ربما يكون أسهل في تلك الحالة. ولكن. في المقابل تشكل العطالة عاملاً إقتصادياً ضاغطاً. وبذا تتكافأ بصورة نسبية العوامل الحياتية الضاغطة بالنسبة للعاملين وغير العاملين، مما ينتج عنه تقارب النتائج في درجة التحسن من القلق والإكتئاب الناتج عن تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي.

مناقشة نتيجة الفرض السابع:-

ينص هذا الفرض على أنه (توجد علاقة دالة إحصائياً بين درجة التحسن من القلق والإكتئاب الناجم عن تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الفشل الكلوي المزمن والمدة الزمنية لظهور المرض).

تشير النتائج المستخلصة من الجدول رقم (١٥) أنه توجد علاقة طردية دالة إحصائياً بين المتغيرين في بعد القلق، بينما لا توجد علاقة طردية دالة إحصائياً بين المتغيرين في بعد الإكتئاب، وهذه النتيجة تؤكد تحقق صحة الفرض بصورة جزئية.

تفسر الباحثة هذه النتيجة بالآتي:-

عندما تطول الفترة الزمنية لظهور مرض الفشل الكلوي المزمن قد تطول معه فترة القلق، وبالتالي يمكن أن يتكيف المريض مع القلق عن طريق بما يعرف بالتعود (Habitiuation)، لأن الفرد لديه قابلية للتعود حتى على الخوف، فالمخاوف في البداية قد تكون مزعجة بصورة أكبر للفرد ولكن بإستمراريتها مع إزدياد فترتها الزمنية ربما يتعود عليها المريض.

وهذا ما أكده أبو زيد البلخي كما ورد في الزبير بشير طه (١٩٩٥م)، في تسكين الخوف والفزع. وهنا يسوق البلخي أمثلة كثيرة قوية الدلالة من تجارب الحياة المؤلمة توضح أن المعرفة التي يكتسبها الإنسان من الإحتكاك المستمر مع مصادر الخوف تجعله مطمئناً في التعامل معها، ومن تلك الأمثلة: الجنود الذين تهولهم مشاهد القتلى والجرحى في المعارك التي يخوضونها في بداية تجاربهم القتالية (وإذا طالت ممارستهم للحروب.. قل إرتياعهم بعد ذلك).

تستخلص الباحثة مما سبق، بما أن المصدر الرئيسي للقلق هو الخوف بصورة عامة وإن الفرد يمكن أن تقل درجة إستجابتهم للمخاوف في حالة إستمرارية مصدر الخوف، إذن طول الفترة الزمنية لظهور مرض الفشل الكلوي المزمن وما ينتج عنه من قلق قد يتناسب طردياً مع درجة التحسن الناتج من تطبيق البرنامج فيما يخص بعد القلق.

أما بالنسبة لبعد الإكتئاب، فقد تختلف العلاقة بين المتغيرين، وتعزي الباحثة ذلك لطبيعة الأعراض المصاحبة للإكتئاب "المزاج المكتئب، الإحساس بعدم القيمة والأهمية، تأنيب الذات ولومها وتحقيرها، بإستمرار". وتلك الأعراض أعلاها قد لا تتأثر بماكنيزمات التعود بذات القدر كما في حالة أعراض القلق التي تميزها المخاوف. أي

أن طول الفترة الزمنية لظهور مرض الفشل الكلوي المـزمن وإسـتمرارية أعـراض الإكتئاب ربما لا تنتج عنها مؤشرات ذات دلالة إحصائية في العلاقة بـين المتغيـرين "الإكتئاب والفترة الزمنية لظهور مرض الفشل الكلوي المزمن".

مناقشة نتيجة الفرض الثامن:-

ينص هذا الفرض على أنه (توجد فروق دالة إحصائياً في درجة التحسن من القلق والإكتئاب الناجم من تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الفشل الكلاوي المزمن تبعاً للرغبة والأمل في عملية زراعة الكلى).

تشير النتائج المستخلصة من الجدول رقم (١٦) أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين وهذه النتيجة تؤكد عدم تحقق الفرض بصورة إيجابية، أي أنه لا توجد فروق في درجة التحسن والرغبة والأمل في عملية زراعة الكلى.

وتفسر الباحثة هذه النتيجة بالآتي:-

وبالرجوع إلى الجدول رقم (٣)، جدول التكرار والنسبة المئوية لعينة الدراسة نجد أن عدد المرضى الذين لديهم رغبة أو أمل في عملية زراعة الكلى بلغت نسبتهم (٧٥%) من أفراد العينة، مما يخل بالتناسب المطلوب، ولذلك لا نتوقع فروقاً ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين.

وبما أن أغلبية عنية الدراسة كانت لديهم رغبة وأمل في عملية زراعة الكلى ساعد ذلك بدوره على زيادة نسبة التحسن من القلق والإكتئاب، لأن فكرة الأمل تناقض وتدحض الأفكار التشاؤمية والكارثية، وذلك بإعادة هيكلة البنية المعرفية وإعادة صياغة المريض لتنبؤاته وتوقعاته حول مآلات مرضه.

تضيف الباحثة ان عملية زراعة الكلى تعتبر الحل النهائي لمرض الفشل الكلاوي المزمن، لأنها تعيد إلى الفرد وظائفه العضوية والجسدية والنفسية، مما يساعد على إعادة إدماجه مرة أخرى ليصبح عضواً فاعلاً في المجتمع يقوم بأدوره وواجباته المنوطة به على المستوى الخاص والعام.

الفصـل الخامس

التوصيـات والمقترحــات

الفصل الخامس

التوصيات والمقترحات

تمهيد:-

في هذا الجانب من الدراسة سوف تقوم الباحثة بعرض وتلخيص لجميع النتائج التي توصلت إليها من إجرائها لهذه الدراسة، كما يتضمن أيضاً بعض التوصيات والمقترحات التي ترى أنها تفيد في حل مشكلة الدراسة، وأيضاً يتضمن هذا الفصل مقترحات لدراسات مستقبلية، ترى الباحثة أنها ذات أهمية بالنسبة للجانب النظري والعملي لمشكلة الدراسة.

خلاصة:-

خلصت هذه الدراسة إلى إمكانية تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي المقترح، وتوصلت إلى أن تطبيق البرنامج حقق تحسناً في درجة القلق والإكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن – تحت الإستصفاء الدموي، وأوضح عدم وجود علاقة دالة بين درجة التحسن من القلق والإكتئاب وعمر المريض، كما أوضح عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة التحسن من القلق والإكتئاب تعزى للنوع (ذكر، أنثى)، الحالة التعليمية، الاجتماعية، الوظيفية)، ووجود علاقة دالة بين درجة التحسن من القلق والإكتئاب والمدة الزمنية لظهور المرض، وذلك في بعد القلق، بينما لا توجد علاقة في بعد الإكتئاب. وكذلك لا توجد فروق دالة إحصائياً في درجة التحسن والرغبة والأمل في عملية زراعة الكلى.

التوصيات:-

بناء على ما تقدم من نتائج في الفصول السابقة، سواء ما ورد في الإطار النظري أو نتائج الدراسة وتفسيرها، خلصت الباحثة إلى صياغة عدد من التوصيات التي يمكن إجمالها في ما يلي:-

١) توثيق جلسات هذا البرنامج في شكل كتيبات أو نشرات توزع على جميع مراكز علاج وغسيل جراحة الكلى بالسودان.

٢) ضرورة تعيين المعالج النفسي المؤهل للعمل بمراكز علاج وغسيل وجراحة الكلى لمساعدة مرضى الفشل الكلوي المزمن في إعادة توافقهم النفسي والإجتماعي.

٣) تدريب المعالجين النفسيين على الإستراتيجيات والتقنيات التي تم تصميمها وإستخدامها في هذه الدراسة، وذلك لما وصلت إليه من نتائج إيجابية.

٤) قيام برامج توعوية وإرشادية، يتم فيها توضيح طبيعة مرضى الفشل الكلوي وأثاره الجسمانية والنفسية والاجتماعية.

٥) الإهتمام بإجراء الدراسات من قبل المتخصصين في هذا المجال بالتركيز على تطبيق تقنيات العلاج السلوكي المعرفي مع بقية الإضطرابات النفسية، التي أثبتت نجاحها مع المرضى السودانيين.

٦) ولأهمية عملية زراعة الكلى كحل أمثل لمشاكل الفشل الكلوي المزمن، يجب تشجيع المرضى ورفع وعيهم بعملية زرع الكلي.

٧) ضرورة لفت الإنتباه الشعبي والرسمي بأهمية رفع مستوى نوعية الحياة (**Quality Of Llife**) لمرضى الفشل الكلوي وزارعي الكلى، لمواجهة صعوبات المرض وإحتياجات ما بعد زراعة الكلى.

٨) دعم فكرة مجانية العلاج والإستصفاء الدموي وعملية زراعة الكلى، بحيث يتوفر لمريض الفشل الكلوي كل إحتياجاته، وذلك لتقليل الضغوط الحياتية المختلفة.

الدراسات والبحوث المقترحة:-

تقترح الباحثة الموضوعات التالية كدراسات مستقبلية في نفس المجال:-

١) دراسة إمكانية تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي مع الأطفال المصابين بالفشل الكلوي المزمن.
٢) دراسة مقارنة فاعلية برنامج العلاج السلوكي المعرفي في درجة تحسن الإضطرابات النفسية بين مرضى الفشل الكلوي وزارعي الكلي.
٣) إجراء دراسة في أتجاه الدراسة الحالية بعينة أكبر من التي تمت بها هذه الدراسة.
٤) دراسة بقية الإضطرابات النفسية والعقلية التي تصاحب مرضى الفشل الكلوي المزمن طوال فترة مرضهم.
٥) دراسة مقارنة مجموعة من مرضى الفشل الكلوي المزمن يطبق عليها تقنيات العلاج السلوكي المعرفي بدون إستعمال عقاقير، وأخرى يطبق عليها نفس البرنامج مع إستعمال العقاقير.
٦) دراسة أسباب الإضطرابات النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي ونوعية الحياة وبعض المتغيرات الأخرى.
٧) دراسة أثر الإرشاد والعلاج النفسي في خفض الشعور باليأس لدى عينة من مرضى الفشل الكلوي المزمن.
٨) معرفة الضغوط التي يتعرض لها مرضى الفشل الكلوي المزمن وعلاقتها بمدى توافقهم النفسي والاجتماعي.
٩) دراسة إمكانية تطبيق برنامج سلوكي معرفي شامل، لتعديل سلوك مرضى الفشل الكلوي المزمن يستخدم فيه كل تقنيات العلاج السلوكي المعرفي.
١٠) دراسة أثر العلاج الديني في ضبط الذات أو النفس، لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

المصـــــــادر والمراجـع

المصادر والمراجع باللغة العربية:-

أولاً: المصـــــادر:-

١) القرآن الكريم.

٢) ابن منظور جمال الدين بن مكرم: **لسان العرب**. الطبعة الأولى، دار صادر للطباعة والنـشر، لبنان بيروت، ٢٠٠٠م.

٣) أحمد بن محمد بن علي المقري الفيومي: **المصباح المنير**، تحقيق عبد العظيم الشناوي. بدون تـاريخ، دار المعارف، القاهرة.

ثانياً: المراجع

٤) إبراهيم مصطفى: **المعجـم الوسـيط**. الجـزء الأول، (ط ٢)، دار الـدعوة، إستانبول، تركيا، ١٩٨٩م.

٢) أحمد عكاشة: **الطب النفسي المعاصر**، مكتبة الأنجلو المصرية، القـاهرة، ١٩٩٨م.

٦) أحمد شوقي: **المرشد في الطب النفسي**. بدون طبعه، دار الشرق الأوسط للطباعة والنشر، الكويت، ١٩٩٩م.

٧) أحمد متولي عمر: **مدى فعالية التدريب على المهارات الاجتماعيـة والعـلاج السلوكي المعرفي في تخفيف القلق**، (ط ٢)، عالم الفكـر ، الكويت، ١٩٩٤م.

٨) أسعد ميخائيل أسعد: **الإحصاء النفسي وقياس القدرات الإنسانية**. بيـروت، دار الآفاق الجديد، ١٩٩٠م.

٩) الأزرق يوعلو: **الإنسان والقلـق**. (ط ١)، دار سـيناء للنـشر، القـاهرة، ١٩٩٣م.

١٠) الإمام أبي حامد الغزالي: **أحياء علوم الدين**. الجـزء الثـامن، مكتبـة دار الـشعب، القاهرة، ١٩٦٩م.

١١) الزبير بشير طه: **علم النفس في التـراث العربـي الإسـلامي**. دار جامعـة الخرطوم للنشر، ١٩٩٥م.

١٢) بشير الرشيدي: **سلسلة تشخيص الإضـطرابات النفـسية**، (ط١)، الـديوان الأميري، الكويت، ٢٠٠٠م.

١٣) جبر مجيد حميد العتباي: **طرق البحث الاجتماعي**. الموصـل، دار الكتـب للطباعـة والنشر، ١٩٩١م.

١٤) حامد عبد السلام زهران: **الصحة النفسية والعلاج النفـسي**. (ط ٣) القـاهرة، عـالم الكتب، ١٩٩٨م.

١٥) حامد عبد السلام زهران: **الصحة النفسية والعلاج النفسي**. (ط ٢)، القـاهرة، عـالم الكتب ١٩٩٧م.

١٦) حسان المالح: **تعديل السلوك البشري**. (ط٣)، جـده، دار المنـارة للنـشر والتوزيع، ١٩٩٤م.

١٧) حسن المنسي: **مناهج البحث التربوي**. (ط ١)، أربد، دار الكنـدي للنـشر والتوزيع، ١٩٩٩م.

١٨) حسين فرحات: **قراءات في أساليب البحث العلمي**. عمان، مكتبـة الفـلاح، ١٩٩٥م.

١٩) رجاء محمود أبو علام: **مناهج البحث فـي العلـوم النفـسية والتربويـة**. (ط ١)، القاهرة، دار النشر للجامعات، ١٩٩٨م.

٢٠) رجاء محمود أبو علام: **مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية**. (ط ٥)، القاهرة دار النشر للجامعات، (٢٠٠٦).

٢١) زهير السباعي وشيخ إدريس عبد الرحمن: **القلق وكيف تتخلص منـه**. (ط ٣)، دار العلـم، دمـشق، ١٩٩٩م.

٢٢) سعد عبد الرحمن: **القياس النفسي**. (ط ١) الكويت، مكتبة الفلاح، ١٩٨٣م.

٢٣) سعد عبد الرحمن: **الإضطرابات المزاجية، أسبابها وطرق علاجها**. دار الفكـر العربي، القاهرة، ١٩٩٤م.

٢٤) سليمان بن أحمد الطبراني: **المعجم الكبير**. تحقيق أحمدي عبد المجيد، الجزء الـسادس، (ط ٢)، دار أحياء التراث العربي، بيروت ١٩٨٥م.

٢٥) سليمان ريحاني: **تطوير إختيار الأفكار والمعتقدات الخاطئة**. (ط ٣)، دار الطليعة، عمان، ١٩٩٥م.

٢٦) سهير كامل أحمد: **الصحة النفسية والتوافق.** بدون طبعه، مركز الإسكندرية للكتاب، القاهرة، ٢٠٠١م.

٢٧) عادل عبد الله محمد: **الأسس النظرية للعلاج المعرفي السلوكي**. الزقازيق، ١٩٩٩م.

٢٨) عامر قندلجي: **البحث العلمي وإستخدام مصادر المعلومات**. بغداد، دار الشئون الثقافية، ١٩٩٢م.

٢٩) عبد الرحمن أحمد عثمان: **مناهج البحث العلمي وطرق كتابة الرسائل**. السودان، دار أفريقية العالمية للنشر، ١٩٩٥م.

٣٠) عبد الرحمن محمد العيسوي: **الأعصبة النفسية والذهانات العقلية**، دار النهضة العربية، القاهر، ٢٠٠١م.

٣١) عبد الستار وإبراهيم: **الإكتئاب إضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه**. مطابع الرسالة، الكويت، ١٩٩٨م.

٣٢) عبد اللطيف موسى عثمان: **فن الإسترخاء**. (ط١)، دار المعارف، القاهرة، ١٩٩٩م.

٣٣) عبد المنعم الحضي: **موسوعة علم النفس والتحليل النفسي**. الجزء الثاني، (ط١)، مكتبة مدبولي، القاهرة، ١٩٩٤م.

٣٤) عبيدان وآخرون: **البحث العلمي**. عمان، دار مجد لادري للنشر والتوزيع، ١٩٨٩م.

٣٥) عدس ذوقان: **أصول البحث العلمي**. بيروت، دار مجد للنشر والتوزيع، ١٩٩٩م.

٣٦) عصام عبد اللطيف العقاد: **سيكولوجية العدوان وترويضها**. جامعة جنوب الوادي سوهاج، ٢٠٠١م.

٣٧) علاء الدين كفافي: **صورة الجسم وبعض متغيرات الشخصية والقلق لدى عينة من المراهقات**. الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٩٥م.

٣٨) فاروق السيد عثمان: **القلق وإدارة الضغوط النفسية**. (ط١)، إدارة الفكر العربي، القاهرة، ٢٠٠١م.

٣٩) فتحي مصطفى الزيات: **سيكلوجية الـتعلم بـين المنظـور الإرتبـاطي والمنظـور المعرفي**، الطبعة الثالثة، دار النـشر للجامعـات، القـاهرة، ٢٠٠٤م.
٤٠) فيصل محمد خير الزراد: **الكف بالنقيض، كطريقة في العلاج النفسي**، (ط١) دار القلم للطباعة والنشر، لبنان، ١٩٨٥م.
٤١) كاظم والي أغا: **علم الـنفس الفـسيولوجي**، (ط١)، دار الآفـاق الجديـدة، بيروت، ١٩٨٨م.
٤٢) كمال علي: **النفس إنفعالاتهـا وأمراضـها وعلاجهـا**. (ط ٤)، الـدار البيضاء، بغداد، ١٩٨٩م.
٤٣) لويس كامل مليكه: **علم النفس الإكلينيكي**. الجزء الأول، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، ١٩٩٠م.
٤٤) لويس كامل مليكه: **العلاج السلوكي وتعديل السلوك**. (ط ٢) الكويت، دار القلم، ١٩٩٤م.
٤٥) محمد السيد عبد الرحمن: **علم الأمراض النفـسية والعقليـة**. الكتـاب الأول (ج ١)، القاهرة، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
٤٦) محمد بن أبي بكر بن عبد القادر الرازي: **مختار الصحاح**. ترتيب محمود خاطر، الهيئة العامة للكتاب، القاهرة ١٩٧٩م.
٤٧) محمد حمدي حجار: **العلاج النفسي الذاتي بقوة التخيـل**. دار النـشر بـالمركز العربي للدراسات الأجنبية والتدريب، بيروت ١٩٩٢م.
٤٨) محمد عبد الرحمن حموده: **الطب النفسي، النفس أسرارها وأمراضها**، (ط٣)، مركـز كمبيوتر، كلية الصيدلة، جامعة القاهرة، ١٩٩٨م.
٤٩) محمـد عـودة محمـد كمـال إبراهيم: **الصحة النفسية في ضوء علم النفس والإسلام**. (ط ٣)، دار القلم، الكويت، ١٩٩٤م.
٥٠) محمد محروس الشناوي: **العلاج السلوكي الحـديث أسـسه وتطبيقاتـه**، دار قـضاة القاهرة، الطبعة الأولى ١٩٩٨م.
٥١) محمد محمود بوحوش: **مناهج البحث العلمي أسـس وأسـاليب**. (ط١)، الزرقـاء، الأردن، دار المنار، ١٩٨٩م.

٥٢) محمد قطب: **دراسات في النفس الإنسانية**. (ط٤)، دار الشروق، القاهرة، جامعة بيروت، ١٩٨٠م.

٥٣) مصطفى فهمي: **علم النفس أصوله وتطبيقاته التربوية والعلاجية**. مكتبة الخانجي، القاهرة، ١٩٨٥م.

٥٤) مصطفى فهمي: **دراسات في سايكلوجية التكيف**. (ط٢)، مكتبة الخانجي، مصر، ١٩٨٨م.

٥٥) جابر عبد الحميد: **معجم علم النفس والطب النفسي**. الجزء الأول، دار العربية، القاهرة، ١٩٧٨م.

٥٦) حسن مصطفى عبد المعطي: **موسوعة علم النفس العيادي**. بدون طبعه، دار قباء، القاهرة، ١٩٩٨م.

٥٧) نديم ومرة مدغشي: **الصحاح في اللغة والعلوم**. مجمع وسط، بيروت، دار الحضارة العربية ١٩٧٥م.

٥٨) نعيم الرفاعي: **الصحة النفسية**، (ط١)، مطبعة خالد بن الوليد، دمشق، ١٩٨٢م.

٥٩) وهيب مجيد الكبس وصالح الدهري: **علم النفس العام**. (ط ١) الأردن، أربد، مؤسسة حمادة للخدمات والدراسات الجامعية، دار الكندي، ١٩٩٩م.

ثالثاً: المراجــع المترجمــة:-

٦٠) آرون بيك: **العلاج المعرفي والإضطرابات الإنفعاليـة**. ترجمـة عـادل مصطفى، (ط١)، دار الآفاق العربي، القاهرة ٢٠٠٠م.

٦١) آن مايبرر: **علم النفس التجريبي**. ترجمة خليل إبراهيم، بغداد، مطـابع التعليم العالي ١٩٩٠م.

٦٢) جون بلاندي: **الموجز الإرشادي في المسالك البوليـة وأمـراض الكلـى**. ترجمة محي الدين صدقي، الدار العربية، القاهرة، ٢٠٠٥م.

٦٣) ديوبو لدفان دالين: **مناهج البحث في التربية وعلم الـنفس**. ترجمة نبيل نوفـل وآخرون، (ط١)، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة ١٩٩٧م.

٦٤) ريتشارد سوين: **علم الأمراض النفسية والعقلية**. ترجمة أحمد عبد العزيـز سلامة، مكتبة الفلاح للنشر، (ط١)، الكويت ١٩٨٨م.

٦٥) سيجمند فرويد: **القلق**. ترجمة محمد عثمـان نجـاتي، (ط٢)، دار النهـضة العربية، القاهرة ١٩٦٢م.

٦٦) ليندال دافيروف: **مدخل علم النفس**. ترجمة سيد الطـواب وآخـرون (ط٣)، الدار الدولية للنشر والتوزيع، القاهرة ١٩٨٨م.

٦٧) ير دالكو وهارف: **لإنفعالات في العلاج النفسي**. مؤسـسة الرسـالة، الكويـت ١٩٨٩م.

رابعاً: الدوريات:-

٦٨) بدر الدين الحسين: **الموسوعة الطبية**، المجلد السادس. (ط١)، الثقة بالنفس، التربية، دمشق، سوريا ١٩٩٢.

٦٩) عبد الرحمن حميدة: **أخطار الخجل والإفتقار إلى الثقة بالنفس**. التربية، دمشق، سوريا، ١٩٩٢.

٧٠) محمد زاهر سجلول: **سلسلة التوعية الصحية، الفشل الكلوي**. (ط١)، العدد الرابع، مكتبة مستشفى الملك فهد، الرياض، ١٩٩٦.

٧١) محمد أحمد النابلسي: **مجلة الثقافة النفسية المتخصصة**. مركز الدراسات النفسية والجسدية، العدد السادس والخمسون، المجلد الرابع، الكويت، ٢٠٠٣.

٧٢) مروان أبو حويج: **المجلة العربية للطب النفسي. سلسلة كتب الثقافة النفسية المتخصصة**، (ط١)، دار البازوري، عمان، الأردن، ٢٠٠٣.

٧٣) صلاح الراشد: **كن مطمئناً وتغلب على المخاوف**. مادة مسجلة، الكويت، ١٩٩٠.

٧٤) فادية حمام: **علاقة التحصيل الدراسي لدى الذكور والإناث من طلاب المرحلة الإعدادية**. مجلة العلوم الإنسانية، جامعة دمشق، المجلد (٤)، الجزء الأول، العدد (١٤)، ٢٠٠١.

خامساً: الرسائل الجامعية:-

٧٥) إيهاب عبد الباقي البيلاوي: **فعالية العلاج السلوكي المعرفي في خفض مستوى القلق لدى ذوي الإعاقة البصرية**. رسالة دكتوراه، غير منشورة، جامعة الزقازيق، ٢٠٠٠م.

٧٦) بسمات محمد أحمد: **فعالية العلاج السلوكي المعرفي في حالات الخوف الاجتماعي**. رسالة ماجستير، غير منشورة، جامعة الخرطوم ٢٠٠٢.

٧٧) حياة أحمد عثمان: **مستوى الطموح وعلاقته بالقلق والتحصيل الدراسي لدى طلاب الصف الثالث بالمرحلة الثانوية**. رسالة ماجستير، غير منشورة، جامعة أم درمان الإسلامية ٢٠٠٥.

٧٨) رضاب محمد علي: **تطبيق برنامج العناية الذاتية بأسلوب إرشادي لمرضى الفشل الكلوي المزمن**. رسالة ماجستير، غير منشورة، جامعة الخرطوم ٢٠٠١.

٧٩) ريم أحمد عبد الكريم: **مدى فعالية برنامج علاجي لتخفيف حدة الإكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن**. رسالة ماجستير، غير منشورة، جامعة الخرطوم ٢٠٠١.

٨٠) ماجدة الشاذلي أحمد: **تقييم فعالية العلاج النفسي والمقارنة بين أثر سماع لتلاوة القرآنية وأثر تمارين الإسترخاء على تكرارات الإصابة بصداع الشقيقة**، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة الخرطوم، ١٩٩٧م.

٨١) صلاح الدين عراقي محمد: **العلاج السلوكي المعرفي ومدى فاعليته في علاج مرض الإكتئاب العصابي**. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية ببنها، جامعة الزقازيق ١٩٩٩.

٨٢) عبد الرحمن عثمان: **برنامج مقترح للعلاج السلوكي المعرفي (المعدل بمـضامين إسلامية) للإكتئاب**. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعـة أم درمان الإسلامية ١٩٩٧.

٨٣) غادة محمد محمود: **علاقة الإضطرابات النفسية**. بمـرض الـسكري، رسـالة ماجستير غير منشورة، جامعة الخرطوم، ٢٠٠٢م.

٨٤) فاطمة الزهراء محمد الأمين: **الإتجاه نحو الإعتقاد في الإصابة بالعين وعلاقتـه بـالقلق والإكتئاب لدى النساء بولاية الخرطوم**. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الخرطوم ٢٠٠١.

سادساً: المراجع باللغة الإنجليزية:-

85) **American psychiatric Diagonstic statistical manual for mental disorder**, (DSM,IV) 1994.

86) Beck, Atx weisher, and Free man, A et al: **Comperhensive hand book of cognitive therapy**, New York, plenum press. 1989.

87) Beck, Aron T, **cognitive therapy, past, present and future, Journal of counsling and clinical psychology**, 1993.

88) Blanchard, E.et al: **Journal of counselling and clinical psychology**, 1990. placebo-controlled evaluation of abbreuiated progressive muscle relaxation and com bined with cognitive behavioral therapy in the treatment of tension headache,

89) Blanchard, W.E: **progress in behavior modification**, volume 8, New York, London, Javanovish publishers, 1990.

90) Clark and teasdal: **cognitive behavioral treatment of recurrent no specific abdominal pain in adult**, New York, 1982.

91) Fisher, Erik and thompson, J. Kevin: **Acomparative evaluation of cognitive – behavioral therapy (CBT)**, versus exercise therapy (ET) for the treatment of body image disturbance, preliminary findings, behavior modification, 1994.

92) Fowler,D: **cognitive behavior therapy in managment of patients with anxiety disorder**, facilitaling and obstructive factors, O'SLO, university press, 1992.

93) Hawton, P.D: **cognitive behavior therapy for psychiatric problem Apractical guide**, one edition, oxford, New York, 1998.

94) John Sturat: **Cognitive behaviroal thearpy for emotioal disorder and personality problems**, oxford, New York, Tokyo, 1992.

95) Kendall, P: **Cognitive behaviroal therapy with youth,** guide therapy, current status, and emerging development, tournal of nervous and mental disease, 1991.

96) Laberge, Benoit et. al**: Journal of Coumseling and clinical psychology**, 1993. Cognitive behavioral therapy of panic disorder, with secondary major depression.

97) Laberge, et,al: **Journal Nervous and mental disease**, 1992. the use of Cognitive therapy with neurotic patients,

98) Marin, Charles M. et. al: **Cognitive therapy for late – life insomria**, 1998.

99) Melanie: **Journal of psycho therapy practice and Research**, 1998. Response to Cognitive behavioral therapy in chronic depression,

100) Rehm James: **Case book of brief psychotherapy**. Cognitive assessment of psychologyical disorder, New York, 1987.

101) Richard John: **abnormal psychology**, New York, macnmillan publishing Co, Inc, 1990.

102) Salkovskis, P. and compbell, p: **Behavioral research and therapy**, thoughut suppression induces in naturally occuning negative intrusive thoughts, , 1994.

103) Safran, J. et,al: **Assessing patient suitability for short – term cognitive therapy with an inter personal focus**. Research, 1993.

104) Selig man: **hand Book of psycho theapy**, Cognitive therapy and behavioral moclification, , 1999.

105) Sokol, L. et,al: **Journal of nervous and mental disorder**, cognitive therapy of panic disorder. Anon-pharmacological alternative, 1989.

106) Swallow, Sand Segalz: **cognitive therapy for unipoler depression**, in K.D. Craig and K.S. Dobson (eds), anxirty and depression adult and children, SAGE, publications, 1995.

107) Tomas Jones: **Treatment of anger with adevelopmentally, handicapped**, case book of the brief psycho therapy, 1994.

108) Tower, P. et,al: **Cognitive behavioral therapy model for anger mangement with adult offenders**, Journal of offender Rehabilitation, 1995.

109) Van oppen, pand Amtz,A: **Cognitive therapy for obsessive compulsive disorder**, reserech, 1987.

110) Williams, Huw and Jones, Robert: **Teaching cognitive self-regulation of indepence and emotion control skills**, In, B,S, cognitive therapy for people with learing problem, London, 1997.

111) Williams, How ands Jones: **Theories of counselling and psycho therapy**, New York, Harper and Row publishers, 1997.

112) Willians, J: **The psychological treatment of depression**, Aguide to the theory and practice of cognitive behavioral theropy, London, 1997.

113) Williams, Mark, et.al: **Cognitive behavioral therapy for psychiatric patients**, New Jersey, 1996.

114) Williams, W, et,al: **Treatment of emotional disorder**, 2nd, ed, New York, 1998.

115) Wilson and O'leary: **Cognitive behavioral therapy for depresion in low in come and minority medical out patient**, 1990.

116) **World Health International Classification of Mental and Behavioural Disorder** (ICD, 10) 1992.

117) Young, Jiffery: **Cognitive therapy for personality disorders**, Sarasta, FL, proffessional resource exchange, 1990.

سابعاً: شبكة المعلومـــات الدولية:-

١١٨) الآثار النفسية لمرض الفشل الكلوي: الموقع، إرشادات مرضى الفشل الكلوي.

١١٩) أسعد الأمارة: ما هو الإكتئاب. على موقع (منتدى الإكتئاب).

١٢٠) حسان شمس الدين باشا: عشرون وصية لتجنب القلق. على موقع: عجيب

١٢١) عبد الله السبيعي: أسباب القلق وعلاجه. على موقع عجيب.

F

إستمـــارة البيـــانات الأســـاسيـــة

ملحــــق رقــم (١)

هذا الإستبيان معد ضمن دراسة لنيل درجة الدكتوراه في علم الـنفس، الرجـاء الإجابة على كل الأسئلة بكل صدق وصراحة حتى نتوصل إلى النتائج الـسليمة لهـذه الدراسة.

١) العمر:

- ٢٠ – ٣٦ ☐
- ٣٧ – ٤٥ ☐
- ٤٦ – ٥٥ ☐

٢) النوع: ذكر: ☐ أنثى: ☐

٣) الحالة التعليمية:

أمي: ☐ أساس: ☐ متوسط: ☐

ثانوي: ☐

٤) الحالة الاجتماعية:

- متزوج ☐
- غير متزوج ☐
- مطلق ☐

٥) الوضع الوظيفي:

- يوجد ☐
- لا يوجد ☐

٦) بداية ظهور المرض بالسنوات:..

٧) هل لديك الرغبة أو الأمل في إجراء عملية زراعة كلى؟

- نعم ☐
- لا ☐

F

الصــورة الأصلية لمقياس القلق والإكتئــاب

HADS SCALE

ملحـــــق رقــم (٢)

الرجاء التكرم بوضع علامة (√) على العبارة التي تصف إحساسك الحالي

١/ أشعر أنني متوتر:

(٣) معظم الوقت ☐

(٢) في كثير من الأوقات ☐

(١) أحياناً ☐

(٠) لا أكون متوتر البتة ☐

٢/ ما زلت أستمتع بالأشياء التي كنت أستمتع بها:

(٠) بنفس القدر ☐

(١) أقل قليلاً ☐

(٢) بقدر بسيط ☐

(٣) بقدر لا يذكر ☐

٣/ ينتابني شعور بالخوف من أن يحدث أمر فظيع سيقع:

(٣) بكل تأكيد وبصورة سيئة ☐

(٢) نعم ولكن ليس بالقدر الكبير من السوء ☐

(١) يحدث بقدر قليل ولكن لا يقلقني ☐

(٠) لا ينتابني مثل هذا الشعور البتة ☐

٤/ يمكنني أن أضحك وأرى الجوانب المضحكة في الأشياء:

(٠) نعم بقدر كبير كما كنت أفعل من قبل ☐

(١) نعم ولكن بقدر أقل قليلاً الآن ☐

(٢) بكل تأكيد بقدر قليل الآن ☐

(٣) لا يمكنني البتة أن أفعل ذلك الآن ☐

٥/ تنتابني الأفكار المقلقة:

(٣) معظم الأوقات ☐

(٢) في كثير من الأوقات ☐

(١) أحياناً ☐

(٠) بالمناسبات فقط ☐

٦/ أحس أنني منشرح:

(٣) لا أحس بالإنشراح إطلاقاً ☐

(٢) لا أحس بالإنشراح كثيراً ☐

(١) أحس بالإنشراح أحياناً ☐

(٠) أحس بالإنشراح في أغلب الوقت ☐

٧/ أجلس بإرتياح وأحس بالإسترخاء:

(٠) بكل تأكيد وفي كل الأوقات ☐

(١) غالباً ☐

(٢) أحياناً ☐

(٣) لا يمكنني أن أفعل ذلك إطلاقاً ☐

٨/ أشعر بأنني بطئ ومتهالك:

(٣) كل الوقت تقريباً ☐

(٢) معظم الوقت تقريباً ☐

(١) أحياناً ☐

(٠) لا ينتابني هذا الشعور إطلاقاً ☐

٩/ أحس بالخوف لدرجة أن تنتابني الأوجاع في البطن:

(٠) لا ينتابني هذا الإحساس إطلاقاً ☐

(١) ينتابني بالمناسبات فقط ☐

(٢) ينتابني بكثرة ☐

(٣) ينتابني بكثرة شديدة ☐

١٠/ فقدت الإهتمام بمظهري:

(٣) مؤكد ☐
(٢) لا أهتم بالقدر المطلوب ☐
(١) قد لا أهتم بالقدر الكافي ☐
(٠) أهتم كعادتي دائماً ☐

١١/ أشعر بالقلق كأنما الدور على لأداء شئ ما:

(٣) بشدة ☐
(٢) كثيراً ☐
(١) أحياناً ☐
(٠) لا يحدث إطلاقاً ☐

١٢/ أتطلع لأن أستمتع بالأشياء من حولي:

(٠) كما تعودت دائماً ☐
(١) أقل مما كنت أفعل ☐
(٢) بكل تأكيد أقل مما كنت أفعل ☐
(٣) بصعوبة ☐

١٣/ ينتابني شعور فجائي بالهلع والذعر:

(٣) كثير جداً ☐
(٢) كثيراً ☐
(١) قليل ☐
(٠) لا يحدث إطلاقاً ☐

١٤/ يمكنني الإستمتاع بالكتاب الجيد أو البرامج الإذاعي أو التلفزيوني الجيد:

(٠) دائماً ☐
(١) بعض الوقت ☐
(٢) قليلاً ☐
(٣) نادراً ☐

F

الصــورة المعدلة لمقياس القلق والإكتئــاب العيادي

HADS SCALE

ملحــــق رقــم (٣)

الرجاء التكرم بوضع علامة (√) أمام الإجابة التي تناسب حالتك:

١/ حاسي أني متوتر:

(أ) طوالي ☐

(ب) أغلب الأوقات ☐

(ج) مرة مرة ☐

(د) ما بحس بالتوتر خالص ☐

٢/ درجة إستمتاعك بالحاجات والأشياء من حولك:

(أ) بستمتع بيها زي زمان ☐

(ب) أقل بشوية ☐

(ج) أقل بكثير ☐

(د) بقيت ما بستمتع بأي حاجة ☐

٣/ بشعر بالخوف من إنو في مصيبة حتحصل:

(أ) دائماً وبإستمرار ☐

(ب) في أغلب الأوقات ☐

(ج) مرات مرات ☐

(د) لا ما قاعد يحصل دا خالص ☐

٤/ بقدر أضحك وأنتبه للحاجات المضحكة:

(أ) أيوه زي زمان ☐

(ب) أي لكن بدرجة أقل بكثير من زمان ☐

(ج) أي ولكن بدرجة أقل بكثير من زمان ☐

(د) ما بقدر خالص ☐

٥/ بتجيني أفكار مزعجة وما بقدر أتخاص منها:

(أ) دائماً وبإستمرار ☐

(ب) في أغلب الأوقات ☐

(ج) مرات مرات ☐

(د) وما بيحصل خالص ☐

٦/ حاسي إني مبسوط وفرحان:

(أ) ما قاعد يحصل خالص ☐

(ب) مرات مرات ☐

(ج) في أغلب الأوقات ☐

(ج) دائماً وبإستمرار ☐

٧/ بقدر أقعد مرتاح ومطمئن:

(أ) دائماً وبإستمرار ☐

(ب) في أغلب الأوقات ☐

(ج) مرات مرات ☐

(د) ما بحصل خالص ☐

٨/ بحس إمي مرهق وتعبان:

(أ) طوالي ☐

(ب) بحصل كثير ☐

(ج) مرات مرات ☐

(د) ما بخصل خالص ☐

٩/ بشعر بالخوف الشديد لغاية ما بطني توجعني:

(أ) أصلوا ما بحصل لي الموقف دا ☐

(ب) مرات مرات ☐

(ج) في أغلب الأوقات ☐

(د) دائماً وبإستمرار ☐

١٠/ بقيت ما بهتم بشكلي وهدومي زي زمان:

(أ) دائماً وبإستمرار ☐

(ب) ما بهتم كثير زي زمان ☐

(ج) مرات مرات ☐

(د) بهتم زي زمان ☐

١١/ بحس أني مقلق زي الزول المفروض يعمل ليهو حاجة:

(أ) كثير جداً ☐

(ب) كثير ☐

(ج) مرات مرات ☐

(د) ما بحصل خالص ☐

١٢/أنا شايف إنو الأيام الجاية حتكون فيها حاجات جميلة تبسط:

(أ) زي ما كنت زمان ☐

(ب) أقل شوية من زمان ☐

(ج) شوية شديد ☐

(د) ما بحصل ☐

١٣/ بجيني شعور مفاجئ بالخوف الشديد:

(أ) مرات كثيرة جداً (دائماً بإستمرار) ☐

(ب) في أغلب الأوقات ☐

(ج) مرات شوية ☐

(د) ما بحصل خالص ☐

١٤/ بأستمتع وأنبسط بقراية الكتب والبرامج في الراديو والتلفزيون:

(أ) دائماً بإستمرار ☐

(ب) في أغلب الأوقات ☐

(ج) مرات شوية ☐

(د) ما بحصل خالص ☐

F

الصــورة النهائية التي طبقت على عينة الدراسة
مقياس القلق والإكتئــاب العيادي

HADS SCALE

ملحـــــق رقــم (٤)

الرجاء التكرم بوضع علامة (√) أمام الإجابة التي تناسب حالتك:

١/ الإحساس بأنك متوتر:

(أ) طوالي ☐
(ب) أغلب الأوقات ☐
(ج) مرة مرة ☐
(د) ما بحس بالتوتر خالص ☐

٢/ درجة إستمتاعك بالحاجات والأشياء من حواك:

(أ) بستمتع بيها زي زمان ☐
(ب) أقل بشوية من زمان ☐
(ج) أقل بكثير من زمان ☐
(د) بقيت ما بستمتع بأي حاجة ☐

٣/ الشعور بالخوف من إنو في مصيبة حتحصل:

(أ) دائماً وبإستمرار ☐
(ب) في أغلب الأوقات ☐
(ج) مرات مرات ☐
(د) لا ما قاعد يحصل خالص ☐

٤/ القدرة على الضحك والإنتباه للحاجات المضحكة:

(أ) أي زي زمان ☐
(ب) أي لكن بدرجة أقل شوية ☐
(ج) أي ولكن بدرجة أقل بكثير من زمان ☐

(د) ما بقدر خالص ☐

٥/ الأفكار المزعجة وعدم القدرة على التخاص منها:

(أ) دائماً وبإستمرار ☐

(ب) في أغلب الأوقات ☐

(ج) مرة مرة ☐

(د) ما بيحصل خالص ☐

٦/ الإحاس بأنك مبسوط وفرحان:

(أ) ما قاعد يحصل خالص ☐

(ب) مرة مرة ☐

(ج) في أغلب الأوقات ☐

(ج) دائماً وبإستمرار ☐

٧/ القدرة على الشعور بالإرتياح والإطمئنان:

(أ) دائماً وبإستمرار ☐

(ب) في أغلب الأوقات ☐

(ج) مرة مرة ☐

(د) ما بحصل خالص ☐

٨/ الإحساس بالإرهاق والتعب:

(أ) طوالي ☐

(ب) بحصل كثير ☐

(ج) مرة مرة ☐

(د) ما بخصل خالص ☐

٩/ الشعور بالخوف الشديد لغاية بطنك توجعك:

(أ) أصلوا ما بحصل لي الموقف دا ☐

(ب) مرة مرة ☐

(ج) في أغلب الأوقات ☐

(د) دائماً وبإستمرار ☐

١٠/ عدم الإهتمام بالشكل والملابس:

(أ) دائماً وبإستمرار

(ب) ما بهتم زي زمان

(ج) مرة مرة

(د) بهتم زي زمان

١١/ الإحساس بالقلق زي الزول المفروض يعمل ليهو حاجة:

(أ) كثير جداً

(ب) كثير

(ج) مرة مرة

(د) ما بحصل خالص

١٢/ الإحساس بانو الأيام الجاية حتكون فيها حاجات جميلة وتبسط:

(أ) زي ما كنت زمان

(ب) أقل شوية من زمان

(ج) شوية شديد

(د) ما بحصل

١٣/ الشعور المفاجئ بالخوف الشديد:

(أ) مرات كثيرة جداً (دائماً بإستمرار)

(ب) في أغلب الأوقات

(ج) مرة مرة

(د) ما بحصل خالص

١٤/ الإستمتاع والإنبساط بقراية الكتب والبرامج في الراديو والتلفزيون:

(أ) دائماً بإستمرار

(ب) في أغلب الأوقات

(ج) مرة

(د) ما بحصل خالص

F

السجل اليومي للأفكـــــار والسلوك

ملحـــق رقم (٥)

النتـــــــتائج		الأفكار الأوتوماتيكيـــة	الإنفعـــال	الوضـــــــع	التـــاريخ
أعيـد درجـة قناعتـك بالأفكـار الأوتوماتيكية حـدد نوعيـة الإنفعـال النـاتج ودرجته (٠ – ١٠٠%)	أكتـب إجابتـك المنطقيـة والإيجابيـة عـن الأفكـار الأوتوماتيكية حـدد مـدى قناعتـك بهـذه الإجابات (٠ – ١٠٠%)	أكتب الأفكار الأوتوماتيكية التي سبقت الإنفعال حـدد مـدى قناعتـك بهـذه الأفكار (٠ – ١٠٠%)	حـزن، إكتئـاب، قلق، غضب، حدد درجة الإنفعال (٠ – ١٠٠%)	أوصـف الحـدث الـذي سبب لك الإضطراب أو الأفكار، التصورات، الذكريات التي سببت لك الإنفعال	

F

جدول النشـــــــــاط الأسبوعي

ملحـــق رقم (٦)

اليـــوم / الزمـــن	السبت	الأحــد	الأثنيـن	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعـــة